

DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DEI CREDITI ECM PER AUTOFORMAZIONE

All'Authority per l'autorizzazione, l'accreditamento e la
qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari
e socio-educativi

Il/La sottoscritto/a _____

Cod ISS _____ nato/a a _____ il _____

CHIEDE

Il riconoscimento dei crediti ECM per attività di autoformazione ai sensi del paragrafo 3.5 del Manuale sulla formazione continua del Professionista sanitario con la seguente attribuzione

Obiettivo Formativo Nazionale: _____

Attività Professionista: _____

Professione: _____

Disciplina: _____

Consapevole delle sanzioni previste per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara di aver svolto la seguente attività di autoformazione:

Data: _____

Firma: _____

Allega:

- copia del documento di identità in corso di validità

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di essere a conoscenza che le informazioni ed i dati forniti nell'ambito di procedimenti amministrativi e per la fruizione di servizi erogati dall'Amministrazione saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul portale dello Stato www.sanmarino.sm – Canali Tematici "Informativa per il trattamento dei dati personali"
