

**DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DEI CREDITI ECM
PER ATTIVITÀ DI TUTORAGGIO**

Il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____

nato/a a _____ il _____

CHIEDE

il riconoscimento di crediti per attività di tutoraggio individuale, ai sensi del paragrafo 3.3. del *Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario* con la seguente attribuzione:

Obiettivo formativo: _____ TABELLA A

Attività professionista: _____ TABELLA B

Professione: _____ TABELLA C

Disciplina: _____ TABELLA D

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, dichiara di aver svolto attività di tutoraggio per il tirocinante _____
dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
per ____ ore totali presso _____

Via _____ Cap. _____ Località _____ Prov. _____

Presta il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 – “GDPR”)

Allega alla presente:

- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità (in formato .pdf)
- attestato dell'attività di tutoraggio rilasciato dal soggetto organizzatore (in formato .pdf)

Data

Firma

____ / ____ / ____