

**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

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_