

DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DI ESONERO ECM

Il/la sottoscritto/a _____
C.F. _____
nato/a a _____ il _____

CHIEDE

il riconoscimento dell'esonero, secondo quanto previsto dal *Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario* al paragrafo 4.1, per uno dei seguenti motivi¹:

- laurea triennale, laurea specialistica, laurea magistrale, corsi di specializzazione, dottorato di ricerca, master universitari di primo e secondo livello della durata di uno o più anni e che erogano almeno 60 CFU/anno previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999 n. 509 e dal Decreto del MIUR del 22 ottobre 2004, n. 270 e successive modifiche ed integrazioni, corsi di perfezionamento di almeno un anno che erogano almeno 60 CFU;
- corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Decreto Legislativo 17 agosto 1999 n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli;
- corso di specializzazione in Psicoterapia per Medici e Psicologi, di cui al Decreto 11 dicembre 1998, n. 509 Regolamento recante norme per il riconoscimento degli istituti abilitati ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia ai sensi dell'articolo 17, comma 96, della legge 15 maggio 1997, n. 127.
- corso di formazione manageriale, ai sensi dell'articolo 16-quinquies del D.lgs. n. 502/92 e successiva rivalidazione degli stessi.
- corsi per il rilascio dell'attestato di micologo ai sensi del decreto del Ministero della Sanità del 29 novembre 1996 n. 686 e s.m.i.
- corsi relativi all'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia, dell'omeopatia previsti dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 7 febbraio 2013 concernente i "Criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia, dell'omeopatia, da parte di chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti".
- corso universitario, nell'ambito delle attività attinenti alla rispettiva professione sanitaria, di almeno un anno solare che attribuisce almeno 60 CFU
- corsi universitari (accreditati dal MIUR) attinenti alla rispettiva professione sanitaria, in Italia o all'estero, non presenti nel succitato elenco della durata di ore _____.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, dichiara di aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ la predetta attività formativa della durata legale di anni _____

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 documento di identità in corso di validità (in formato .pdf)
- eventuale documentazione relativa all'esonero (in formato .pdf)

Data

Firma

___/___/_____

¹ Barrare l'opzione prescelta.