

AUTOCERTIFICAZIONE ESONERO FORMAZIONE CONTINUA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

Il/la sottoscritta,

Nome e Cognome: _____

N. Iscrizione Ordine: _____ **Luogo e data di nascita:** _____

Mail: _____

PEC: _____

Recapito telefonico: _____

Indirizzo di residenza: _____

Città (indicare anche la provincia): _____ **CAP:** _____

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, dalle disposizioni del codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R., sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

che precedentemente all'entrata in vigore della L.3/2018 non svolgeva alcuna attività professionale in ambito sanitario e pertanto di non essere stato soggetto all'obbligo di acquisizione dei crediti ECM

per l'anno _____.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo UE 2016/679, e che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(Luogo e data)

Firma

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un **documento di identità del dichiarante** all'ufficio competente via mail, all'indirizzo protocollo@peconb.it

(●)campo obbligatorio