



DICHIARAZIONE DELL'ATTIVITA' DI TUTORAGGIO INDIVIDUALE

**Al Presidente del Collegio
IPASVI di Palermo**

e.p.c. Al CO.GE.A.P.S

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Prov. _____ il _____

CF _____ iscritto al Collegio IPASVI della Provincia di _____

_____ con la qualifica di _____

avente n° di posizione _____ del _____ Dipendente presso _____

Libero professionista _____

Consapevole delle responsabilità penali per attestazioni false e/o mendaci, ai sensi degli artt. 446 e 47 del DPR 445/2000 e successive modificazioni, a seguito della sospensione dall'esercizio della attività professionale:

DICHIARA

Di aver partecipato ad attività di tutoraggio (non attività di tutoraggio accreditata da Provider ECM) riservata ai professionisti sanitari che svolgono tale attività all'interno di tirocini formativi e professionalizzanti, pre e post laurea, previsti dalla legge, o nell'ambito di specifici PFA.

Struttura organizzativa _____

Tipo di struttura _____

Data di inizio tutoraggio _____ Data fine attività di tutoraggio _____

Data di inizio tutoraggio _____ Data fine attività di tutoraggio _____

Data di inizio tutoraggio _____ Data fine attività di tutoraggio _____

Data di inizio tutoraggio _____ Data fine attività di tutoraggio _____

Data di inizio tutoraggio _____ Data fine attività di tutoraggio _____

Totale giorni di tutorato _____ Attività professionale _____

Professione _____ Disciplina _____

Il/La sottoscritto/a autorizza al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del D.Lgs.196/03 e prende atto delle informazioni di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/03.

CHIEDE

Il riconoscimento dei crediti ECM per tale attività per l'anno_____.

li ____ / ____ / 20__

IL/LA DICHIARANTE

(esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera art. 75-76 DPR 445/2000)