

**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 motivi<sup>1</sup>:

- ☐ 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 (purché attinenti alla professione);
- ☐ 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.;
- ☐ 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 professione, svolti 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 \_\_\_\_

Dichiara di essere informato che, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 – “GDPR” e del D.Lgs. 196/2003, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo alla presente richiesta e, a tal fine, presta il consenso al trattamento dei dati personali.

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

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Barrare l'opzione prescelta.