

Autocertificazione

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Per il riconoscimento di esenzione dalle attività formative ECM

Il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____

nato/a a _____ il _____

tel. _____

email _____

Esercitante la Professione di _____

Iscritto all'Ordine/Collegio/Associazione di _____

Numero iscrizione Ordine/Collegio/Associazione di _____

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

D I C H I A R A

Di aver diritto all'esenzione dalle attività formative ECM, secondo quanto previsto dalla determina del 17/10/2013 della Commissione Nazionale ECM:

per assenza dal __/__/____ al __/__/____ per malattia così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza.

per congedo maternità e paternità dal __/__/____ al __/__/____, così come disciplinato dal D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni.

per congedo parentale e congedo per malattia del figlio dal __/__/____ al __/__/____, così come disciplinato dal D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni.

Per adozione e affidamento preadottivo dal __/__/____ al __/__/____, così come disciplinato dal D.lgs. n. 151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni

Per congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap dal __/__/____ al __/__/____, così come disciplinato dal D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni

Per aspettativa per cariche pubbliche elettive: D.lgs. n. 29/93 e successive modifiche e integrazioni, dal __/__/____ al __/__/____, così come disciplinato dal art. 2 L. 384/1979 e successive modifiche e integrazioni; art. 16 bis comma 2 bis D.lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni

Per adozione internazionale aspettativa non retribuita durata espletamento pratiche, dal __/__/____ al __/__/____, così come disciplinato: D.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni

Per aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari , dal __/__/____ al __/__/____, così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza

Per permesso retribuito per i professionisti affetti da gravi patologie , dal __/__/____ al __/__/____, così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza

Per richiamo alle armi o servizio volontariato alla C.R.I. , dal ___/___/_____ al ___/___/_____,cosi' come disciplinato dall'art.14 R.D. Legge 10/8/1928, n.2034 e artt.36 e 245 del R.D. n.484/1936 e successive modifiche e integrazioni

Per aspettativa per incarico direttore sanitario aziendale e direttore generale, , dal ___/___/_____ al ___/___/_____,cosi' come disciplinato dall'art.3 bis, comma 11 D.lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni

Per aspettativa per la cooperazione con i paesi in via di sviluppo e distacchi per motivi sindacali , dal ___/___/_____ al ___/___/_____,cosi' come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza.

Dichiaro di essere consapevole che eventuali crediti acquisiti durante il periodo di esenzione non concorreranno al soddisfacimento del mio debito formativo.

Il sottoscritto conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del Decreto Legislativo 196/03 e prende atto delle informazioni di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 196/03.

Letto, confermato e sottoscritto.

FIRMA

(Luogo) , DATA

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente.

Allegare:

Documento in corso di validità (OBBLIGATORIO FORMATO PDF)

Documentazione relativa all'esenzione (Facoltativo MAX 3 Pagine FORMATO PDF)