



**Ordine dei
Tecnici sanitari
di radiologia medica
e delle professioni
sanitarie tecniche,
della riabilitazione
e della prevenzione**
Perugia e Terni

ISTITUITO AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 9400445053

Autocertificazione

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

Per il riconoscimento di esonero dalle attività formative ECM

Il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____

nato/a a _____ il _____

tel. _____ email _____

Esercitante la Professione di _____

Iscritto all'Ordine di _____

Numero iscrizione Ordine _____

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 secondo quanto previsto dalla determina del 17/10/2013 della Commissione Nazionale ECM:

- All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/___ al ___/___/___ un Master universitario di primo livello che erogava almeno 60 CFU/anno previsti e disciplinato 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 .
Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i _____ (Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso)
Il corso destinato alle professioni sanitarie è stato tenuto presso un Università ed era pertinente ad mia attività professionale in ambito sanitario.
- All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/___ al ___/___/___ un Master universitario di secondo livello della durata di uno o più anni e che eroga almeno 60 CFU/anno previsto e disciplinato 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.
Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i _____ (Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso) Il corso destinato alle professioni sanitarie è stato tenuto presso un Università ed era pertinente ad mia attività professionale in ambito sanitario.



- All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/___ al ___/___/___ un 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.
Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i _____ (Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso)
- All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/___ al ___/___/___ un 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.
Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i _____ (Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso)
- All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/___ al ___/___/___ corsi di formazione manageriale, ai sensi dell'articolo 16-quinquies del D.lgs. n. 502/92
Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i: _____ (Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso)
- All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/___ al ___/___/___ un Corso per micologi di durata annuale. Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il seguente anno _____
- All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/___ al ___/___/___ una Laurea specialistica, diploma di specializzazione. Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i _____ (Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso) Il corso destinato alle professioni sanitarie è stato tenuto presso un Università ed era pertinente ad mia attività professionale in ambito sanitario.



- All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ una Dottorato di ricerca. Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i: _____ (Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso) Il corso destinato alle professioni sanitarie è stato tenuto presso un Università ed era pertinente ad mia attività professionale in ambito sanitario.
- All'esonero annuale per aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ un Corso di formazione e di aggiornamento professionale svolti ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera d) "Piano di interventi contro l'AIDS" di cui alla Legge 5 giugno 1990, n. 135, pubblicata nella G.U. n. 132 dell'8 giugno 1990. Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i _____ (Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso)
- All'esonero annuale parziale di 20 crediti nell'anno 2011 per aver operato o risiedere nei comuni colpiti, al momento del dal terremoto dell'Abruzzo.
- All'esonero annuale parziale di 25 crediti negli anni 2012 e 2013, per aver operato o risiedere nei comuni colpiti, al momento del terremoto dell'Emilia del 2012.
- All'esonero annuale parziale al 50% dell'obbligo formativo per aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ un Corso per micologi di durata biennale. Sulla base della frequenza sono a richiedere quindi l'esonero per il/i seguente/i anno/i _____ (Gli anni di esonero richiesti, non possono eccedere il numero di anni di durata legale del corso)
- All'esonero per aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ un corso universitario. Il corso, seguito continuativamente era destinato alle professioni sanitarie era pertinente ad mia attività professionale in ambito sanitario, e aveva durata superiore ai 15 giorni.
- All'esonero per aver frequentato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ un corso per aggiornamento in tematiche AIDS.
- All'esonero per aver operato dal ___/___/_____ al ___/___/_____ in qualità di Militare in Missione all'estero



**Federazione
nazionale
Ordini dei
TSRM
e delle professioni
sanitarie tecniche,
della riabilitazione
e della prevenzione**

ISTITUITA AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965 N. 1103 E 31.1.1983 N. 25

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.