**Esoneri**

**Autocertificazione**

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

**Per richiedere l’esonero dei crediti 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

Chiede l’esonero dei crediti ECM per aver frequentato il seguente corso post base:

* Laurea specialistica,
* Diploma 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;
* 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.
* Frequenza di corsi universitari diversi da quelli sopraelencati [La frequenza di corsi universitari diversi da quelli sopraelencati dà diritto all’esonero di 4 crediti per mese e solo se il corso di formazione abbia durata superiore a 15 giorni per ciascun mese].
* Corso post base sopra elencati all’estero
* Corso di formazione manageriale ai sensi dell’art.16 quinquies D.Lgs 502/1992
* Residente nella zona cratere come individuato dal Decreto del Commissario delegato n. 3 del 16 aprile 2009 e [Decreto n. 11 del Commissario delegato](http://www.protezionecivile.it/cms/attach/editor/decreto_n._11.pdf) del 17 luglio 2009

Allega certificazione attestante la frequenza di quanto dichiarato.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali sopra specificati ai sensi della normativa in materia di tutela della riservatezza ex Reg. Eu. n. 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm. e dichiaro di aver preso visione della relativa informativa.

In fede

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NB. Allegare documento di identità valido