

**DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DI ESONERO/ESENZIONE ECM
PER CASI NON PREVISTI DAL MANUALE
SULLA FORMAZIONE CONTINUA DEL PROFESSIONISTA SANITARIO**

Il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____

nato/a a _____ il _____

CHIEDE

alla Commissione nazionale per la formazione continua che venga valutata la propria posizione di esonero/esenzione non espressamente prevista dal *Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario*

L'istante richiede altresì di notificare la decisione della CNFC al seguente recapito Email: _____

Presta il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 – “GDPR”)

Allega alla presente:

- descrizione sintetica sottoscritta della propria posizione (utilizzare foglio successivo);
- copia della documentazione attestante la propria posizione (in formato .pdf);
- copia di documento di identità in corso di validità (in formato .pdf)
- eventuale documentazione relativa al caso (in formato .pdf)

Data

Firma

__/__/____

DESCRIZIONE SINTETICA DELLA PROPRIA POSIZIONE

Data __/__/____

Firma¹

¹ La sottoscrizione del presente modulo equivale ad autodichiarazione ai sensi del D. P.R. n. 445 del 2000.