**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’**

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

***Per il riconoscimento dei crediti ECM per attività formative individuali di AUTOFORMAZIONE***

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esercitante la Professione di **Farmacista**

**Iscritto all’Ordine dei Farmacisti della Provincia di Bologna** alla posizione n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 svolto attività di autoformazione-autoapprendimento derivante da attività di partecipazione a serata sul tema: **L'approccio del Farmacista ai più comuni disturbi dell'udito e dell'equilibrio. Acufeni e vertigini.** Relatore Dr. Danilo Dall’Olio Direttore UOC - AUSL BOLOGNA Ospedale Maggiore Settore Otorinolaringoiatria

Di aver maturato crediti per la seguente attività di autoformazione:

Titolo materiale autoformazione\*: L'approccio del Farmacista ai più comuni disturbi dell'udito e dell'equilibrio. Acufeni e vertigini

Tipologia\*: A) **materiali durevoli**

**Data inizio attività di Autoformazione\* 04/04/2019**

**Data fine attività di Autoformazione\* 04/04/2019**

**Ore impegno di attività formativa\*: 3 ore**

Obiettivo formativo\*: n.18

Attività professionista\* (barrare):

A) Libero professionista

B) Dipendente

C) Privo di occupazione

Professione\*: 3 (farmacista)

Disciplina\* (barrare):

A) farmacista territoriale

B) farmacista ospedaliero

*Il/la sottoscritto/a conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del Reg. 2016/679/UE*

Letto, confermato e sottoscritto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bologna, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

**Allegare:**

**Documento in corso di validità (in copia cartacea)**