

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 al corso del 22.05.2019, dal titolo "**Farmacovigilanza: il farmacista come sentinella per la rilevazione di eventi avversi**" Dr.ssa Elisa Sangiorgi–Dr.ssa Valentina Valastro

Di aver maturato crediti per la seguente attività di autoformazione:

Titolo materiale autoformazione*: slides rilasciate dai relatori ed esercitazione pratica

Tipologia*: A) materiali durevoli

Data inizio attività di Autoformazione*	22/05/2019
Data fine attività di Autoformazione*	22/05/2019
Ore impegno di attività formativa*	4 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)