

*AUTOCERTIFICAZIONE RELATIVA ad EVENTI FORMATIVI FREQUENTATI
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 comma 1 lettera m, n del D.P.R. nr. 445 del 28/12/2000)*

*All'Area Formazione
Direzione Risorse Umane
Ospedale di Sassuolo S.p.A.*

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (_____)

in servizio presso _____

con la qualifica di _____

consapevole delle pene previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/00 per mendaci dichiarazioni e falsità in atti e che la presente dichiarazione è soggetta al controllo dell'Azienda Ospedaliera ai sensi dell'art. 71 del medesimo D.P.R.

Dichiara

Di avere frequentato il seguente evento formativo:

- Congressi/convegni/seminari
- Corsi

titolo: _____

organizzato da: _____

sede dell'evento: _____

dal _____ (gg/mese/anno) al _____ (gg/mese/anno) per _____ ore

in qualità di

- partecipante
- docente/relatore

con il conseguimento di _____ crediti formativi E.C.M.

(Luogo e data di sottoscrizione)

(Firma del dichiarante)

Informativa ai sensi del D. Lgs 196/03: i dati acquisiti sono utilizzati dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. esclusivamente per le finalità connesse all'istanza dell'interessato, al quale competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs medesimo (correzione, integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco).