

**AUTOCERTIFICAZIONE DI MANCATO ESERCIZIO
DELL'ATTIVITÀ SANITARIA**

Il/la sottoscritto/a _____
C.F. _____
nato/a a _____ il _____
professione sanitaria _____

ai sensi del paragrafo 1.3 del *Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario*, 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,

DICHIARA¹

- di non aver esercitato/che non eserciterà la professione dichiarata a partire dal ____/____/____
- di aver ripreso/che riprenderà l'esercizio professione dichiarata a partire dal ____/____/____, a seguito di un periodo di mancato esercizio iniziato il ____/____/____

Allega alla presente:

1. copia di un documento d'identità in corso di validità;
2. altro _____

Presta il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del d.lgs. 196/03 s.m.i. e prende atto delle informazioni di cui all'art. 13 del d.lgs. 196/03 e s.m.i.

Data ____/____/____

Firma

¹ Scegliere l'opzione applicabile.