

**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 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.

Allega alla presente:

- descrizione sintetica sottoscritta della propria posizione (utilizzare foglio successivo);
- copia della documentazione attestante la propria posizione;
- 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 \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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