

DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DI ESENZIONE ECM

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

CHIEDE

il riconoscimento dell'esenzione, secondo quanto previsto dal *Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario* al paragrafo 4.2, per uno dei seguenti motivi¹:

congedo maternità e paternità (d.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni);

congedo parentale e congedo per malattia del figlio (d.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni);

congedo per adozione e affidamento preadottivo (d.lgs. n. 151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni);

aspettativa non retribuita per la durata di espletamento delle pratiche di adozione internazionale (d.lgs. n.151 del 26/03/2001 e successive modifiche e integrazioni);

congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap (d.lgs. n.151 del 26/03/2001 e s.m.i.);

aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari così come disciplinato dai C.C.N.L. delle categorie di appartenenza;

permesso retribuito per i professionisti affetti da gravi patologie così come disciplinato dai C.C.N.L. delle categorie di appartenenza;

assenza per malattia così come disciplinato dai C.C.N.L. delle categorie di appartenenza;

richiamo alle armi come previsto dal Decr.Lgs 66/2010 e dai C.C.N.L. delle categorie di appartenenza; partecipazione a missioni all'estero o in Italia del corpo militare e infermiere volontarie della Croce Rossa Italiana;

aspettativa per incarico direttore sanitario aziendale, direttore socio-sanitario e direttore generale (art.3 bis, comma 11 d.lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni);

aspettativa per cariche pubbliche elettive (d.lgs. n. 29/93 e successive modifiche e integrazioni; art. 2 L. 384/1979 e successive modifiche e integrazioni; art. 16 bis comma 2 bis d.lgs. n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni);

aspettativa per la cooperazione con i Paesi in via di sviluppo e distacco/aspettativa per motivi sindacali così come disciplinato dai C.C.N.L. delle categorie di appartenenza;

professionisti sanitari impegnati in missioni militari o umanitarie all'estero;

congedo straordinario per assistenza familiari disabili (legge 104/1992);

professionisti sanitari in pensione che esercitano saltuariamente l'attività professionale.

A tal fine, 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 sospeso l'attività professionale dal ___/___/___ al ___/___/___

Presta il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 – "GDPR")

Allega alla presente:

- ! copia di documento di identità in corso di validità (in formato .pdf)
- ! eventuale documentazione relativa all'esenzione (in formato .pdf)

Data

___/___/___

Firma

¹ Barrare l'opzione prescelta.