

Commissione nazionale per la formazione continua

Da inviare sul portale COGEAPS salvo diversa indicazione del proprio Ordine di appartenenza

ALLEGATO V

DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DEI CREDITI ECM PER STUDI E RICERCHE

Il/la sottoscritto/a

C.F. _____

nato/a a _____ il - _____

CHIEDE

il riconoscimento dei crediti ECM per aver svolto attività di studio e ricerca ai sensi del paragrafo 3.2.2 del *Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario* con la seguente attribuzione:

Obiettivo formativo:	_____	TABELLA A
Attività professionista:	_____	TABELLA B
Professione:	_____	TABELLA C
Disciplina:	_____	TABELLA D

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 svolto la seguente attività di sperimentazione clinica:

Data inizio attività: ___/___/___
Data fine attività: ___/___/___

Allega alla presente:

- Copia di un documento in corso di validità.
- **Copia del protocollo dell'attività di studio, ricerca, produzione di linee guida o revisione sistematica dalla quale si evinca la presenza del proprio nome tra i ricercatori;**¹
- Documentazione che fornisca evidenza del rispetto della procedura di approvazione di questi ultimi in conformità alla normativa o alla regolazione vigente di riferimento, dell'assenza di conflitto di interessi e della validazione da parte del Comitato Etico competente, se prevista.

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").

Data

___/___/___

Firma

¹ Qualora nel protocollo di ricerca siano presenti dati personali riferiti a soggetti diversi dall'interessato, la richiesta dovrà essere presentata previo oscuramento di questi ultimi.