

Programma nazionale per la formazione continua degli operatori della Sanità
il sottoscritto Dott. Pierdomenico Lonzi

CERTIFICA

che il Provider Regionale Azienda U.S.L. della Romagna - Codice organizzatore PG20160429150
ha accreditato quale attività di formazione continua l'evento formativo N°: 27318.1
denominato: GUIDA SICURA
organizzato da questa Azienda U.S.L. della Romagna ed erogato con la modalità FAD,
per un impegno medio previsto di: 5
crediti ECM assegnati: 7,5

ottobre 8, 2020

RAPPRESENTANTE LEGALE DELL'ORGANIZZATORE

(ovvero IL RESPONSABILE DELL'EVENTO, su delega del rappresentante legale dell'Organizzatore)

Dott. Pierdomenico Lonzi

Firma a stampa ai sensi dell'Art. 3 comma 2 D.Leg. n. 39/1993 - Documento redatto in conformità all'Art. 3 comma 2 D.Leg. n.39/1993 - Fonte dell'immissione, riproduzione, trasmissione o emanazione: sistema di formazione a distanza. Responsabile: Dott. Pierdomenico Lonzi

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' ai sensi dell'art.47, D.P.R 28.12.2000 n.445

Io sottoscritto Davide Zoffoli C.F ZFFDVD75T12C573Y nato/Esena (FC) 2 dicembre 1975
residente in Via Dino Campana 40 Professione Ruolo Tecnico

secondo quanto prescritto dall'art.76 del D.P.R 28.12.2000 n.445, sulle responsabilità penali cui andare incontro
in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.42 D.P.R 28.12.2000 n.445

DICHIARA

di aver concluso , superando positivamente il relativo test finale, il corso FAD a titolo :

GUIDA SICURA

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 delle Legge 675/96, che i dati personali raccolti saranno
trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell' ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Il Dichiarante

(qualifica, cognome, nome del pubblico ufficiale che riceve la documentazione)

Attenzione: la presente autocertificazione deve essere sottoscritta dinanzi ad un funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero deve
essere spedita per posta (o consegnata tramite terzi) unitamente a fotocopia semplice di documento di identità personale del sottoscrittore

Insieme, sulle vie della cura