

## DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DI ESONERO ECM

All'Authority per l'autorizzazione, l'accreditamento e la  
qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari  
e socio-educativi

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Cod ISS \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Il riconoscimento il riconoscimento dell'esonero, secondo quanto previsto dall'art.11 del Regolamento della Commissione Nazionale Educazione Continua in Medicina, per uno dei seguenti motivi: laurea triennale, laurea specialistica, laurea magistrale, corsi di specializzazione, dottorato di ricerca, master universitari di primo e secondo livello della durata di uno o più anni e che erogano almeno 60 CFU/anno, corsi di perfezionamento di almeno un anno che erogano almeno 60 CFU;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara di essere a conoscenza che le informazioni ed i dati forniti nell'ambito di procedimenti amministrativi e per la fruizione di servizi erogati dall'Amministrazione saranno trattati in conformità all'Informativa pubblicata sul portale dello Stato [www.sanmarino.sm](http://www.sanmarino.sm) – Canali Tematici "Informativa per il trattamento dei dati personali"

Firma \_\_\_\_\_