

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

(Artt. 46 e 47 - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto _____, nato a _____ (___) il
__/__/__, come da documento di identità n. _____ rilasciato da
_____ il __/__/__ e residente in _____ via/piazza
_____ n. ____, Titolare del certificato N. _____

CONSAPEVOLE

delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. N. 445/2000 per chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi e ne fa uso nei casi previsti dal D.P.R. 445/2000 e della decadenza dei benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base a una dichiarazione rivelatasi in seguito mendace,

DICHIARA DI

	Avere svolto, nel triennio di certificazione, attività di aggiornamento professionale in ambito di gestione del rischio clinico e della sicurezza delle cure, ergonomia e fattore umano per un totale di almeno 30 crediti ECM
	Avere pubblicato, nel triennio di certificazione, almeno 3 lavori di ricerca su riviste scientifiche del settore

_____ Lì __/__/__

Firma del dichiarante
