

(All. 2)

CEFORMED

Centro Regionale di Formazione per
l'Area delle Cure Primarie del Friuli
Venezia Giulia c/o Ospedale San Polo
Via Galvani, 1
34074 – **MONFALCONE** (GO)

INVIARE POSSIBILMENTE VIA PEC aas2.protgen@certsanita.fvg.it

Oggetto: RICHIESTA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO REGIONALE DEGLI ANIMATORI DI FORMAZIONE PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA – TRIENNIO 2018-2021.

Il/La sottoscritto/a _____ (Cognome e

Nome) nato/a _____ (prov: _____) Stato _____

il _____ codice fiscale _____

residente in via/Piazza _____ n. civico _____

c.a.p. _____ città _____ (prov. _____)

E-mail (stampatello) _____,

telefono _____ **cellulare** _____,

MMG SI / NO

PLS SI / NO

CA-ET SI / NO

CONVENZIONATO CON L'AZIENDA: _____

CHIEDE

l'iscrizione nell'Elenco Regionale degli animatori di formazione e,

DICHIARA

- di accettare che l'iscrizione nell'Elenco Regionale del triennio 2018-2021 avverrà solo dopo **il superamento dell'apposito corso organizzato e gestito dal CEFORMED;**
- di essere **disponibile a svolgere l'attività di animatore** nell'ambito della formazione continua e all'interno di altri eventi organizzati dal CEFORMED o dalla Direzione Regionale;;
- di essere disponibile a svolgere **l'attività di animatore di pacchetto e/o d'aula** nell'ambito della formazione specifica dei corsi triennali gestiti dal CEFORMED;
- di allegare il proprio **Curriculum**, datato e firmato, in formato europeo.

A tal fine, sotto la propria responsabilità é consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Data:

firma _____

NB: allegare copia di un documento d'identità valido ai sensi delle normative vigenti.