

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 46 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

iscritto all'Albo dell'Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista dell'Umbria al numero \_\_\_\_\_

Preso atto delle informazioni presenti nella Banca Dati Co.Ge.A.P.S., al giorno \_\_\_\_\_

Relative alla formazione ECM effettuata da me medesimo/a nel corso del triennio \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

Di aver soddisfatto, in qualità di Fisioterapista, il fabbisogno formativo per il triennio \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_

[Digitare qui]