



## Scheda di AUTOCERTIFICAZIONE delle attività svolte dal Medico in formazione in relazione alle esigenze operative delle strutture legate all'emergenza COVID

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN.....  
NOME.....COGNOME.....  
STRUTTURA/E.....  
(specificare presso quale sede si è svolta l'attività di cui segue)

**Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:**

\*di essere iscritto al seguente anno

1° anno <input type="checkbox"/>	2° anno <input type="checkbox"/>	3° anno <input type="checkbox"/>	4° anno <input type="checkbox"/>	5° anno <input type="checkbox"/>
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

\*di aver svolto durante il periodo

MARZO 2020 <input type="checkbox"/>	APRILE 2020 <input type="checkbox"/>	MAGGIO 2020 <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Le seguenti attività

ATTIVITÀ FORMATIVE in modalità a distanza	CFU	TUTOR
Lezioni Tronco Comune <input type="checkbox"/> dal..... al.....		
Lezioni Caratterizzanti discipline specifiche della tipologia <input type="checkbox"/> dal.....al.....		
Ricerche Cliniche <input type="checkbox"/> dal.....al..... (vedi allegato)		

Roma,.....

Firma dello specializzando.....

Autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 Il sottoscritto è consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)