Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dichiaro sotto la mia responsabilità di aver partecipato al corso di formazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, organizzato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, svolto nel periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_**, per un totale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ore di formazione.

|  |
| --- |
| **QUADRIENNIO FORMATIVO**  |
| **ANALISI DIDATTICA individuale in gruppo/ ANALISI PERSONALE** | **TIROCINIO** |
| **1° Anno:** quante ore effettuate e con chi | **1° Anno:**  quante ore effettuate e dove |
| **2° Anno:** quante ore effettuate e con chi  | **2° Anno:** quante ore effettuate e dove |
| **3° Anno:** quante ore effettuate e con chi | **3° Anno:** quante ore effettuate e dove |
| **4° Anno: :** quante ore effettuate e con chi | **4° Anno:** quante ore effettuate e dove |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEMINARI CLINICI DEL 1° ANNO ..................:** | **Ore** | **SEMINARI CLINICI DEL 2° ANNO ........................:** | **Ore** |
| **Attestato Week end Residenziale**: luogo  data |  | **Attestato Week end Residenziale**: luogo data |  |
| **Attestato**: ente luogo data |  | **Attestato**: ente luogo data |  |
| **Attestato**: ente luogo data |  | **Attestato**: ente luogo data |  |
| **Attestato**: ente luogo data |  | **Attestato**: ente luogo data |  |
| **Attestato**: ente luogo data |  | **Attestato**: ente luogo data |  |
|  **Ore totali singolo anno**  |  |  **Ore totali singolo anno** |  |
| **SEMINARI CLINICI DEL 3° ANNO ....................:** |  | **SEMINARI CLINICI DEL 4° ANNO ...............:** |  |
| **Attestato Week end Residenziale**: luogo data |  | **Attestato Week end Residenziale**: luogo data |  |
| **Attestato**: ente luogo data |  | **Attestato**: ente luogo data |  |
| **Attestato**: ente luogo data |  | **Attestato**: ente luogo data |  |
| **Attestato**: ente luogo data |  | **Attestato**: ente luogo data |  |
| **Attestato**: ente luogo data |  | **Attestato**: ente luogo data |  |
| **Ore totali singolo anno**  |  |  **Ore totali singolo anno**  |  |

Sono consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della possibilità di controlli da parte degli enti preposti.

Data: **­**\_\_\_\_\_\_/­­­­­\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_