

Modulo 7

**AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/00, ART. 46, 47 E 76 DEI REQUISITI PROFESSIONALI
 E FORMATIVI DESCRITTI NEL DCA N.395 DEL 23/12/2016**

Prima Ostetrica – FAC SIMILE

La sottoscritta	
Nata a _____ il _____	
Residente in	
via	

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi (articolo 76, DPR N°445/2000)

DICHIARO

sotto la mia responsabilità di essere in possesso dei requisiti professionali e formativi richiesti nel DCA N°395/2016 di seguito descritti:

- a) Di aver effettuato negli ultimi 5 anni almeno 20 parti in ambito extra-ospedaliero e/o di aver maturato una esperienza di assistenza al parto in autonomia presso una Sala Parto di struttura ospedaliera pubblica/privata (indicando quale struttura e periodo):

- b) Di disporre della strumentazione e dei farmaci indicati in Allegato 2 del DCA N°395/2016.
- c) Di essere in possesso delle certificazioni dei seguenti corsi di formazione, indicando sede, ente organizzatore dell'evento formativo e data (in alternativa, se si desidera, copia delle certificazioni citando a quel punto sotto elencato si riferiscono):

- Corso di PBLIS-D (rianimazione neonatale e pediatrica) sede _____
 Data del corso _____ ente organizzatore _____
- Corso di BLS-D (adulto) sede _____
 Data del corso _____ ente organizzatore _____
- Training formativo obbligatorio sulla rianimazione (ogni due anni) sede _____
 Data del corso _____ ente organizzatore _____
- Assistenza a travaglio e parto a basso rischio attraverso la frequenza e percorsi formativi, sulla base dei criteri stabiliti dalla commissione ECM, nell'ambito degli obiettivi nazionali e regionali specifici (ripetere per ogni certificazione che si desidera presentare):
 Corso _____
 Data del corso _____ ente organizzatore _____
- Corso ECM sulle emergenze/urgenze ostetriche in travaglio e parto a domicilio o in sala parto negli ultimi 5 anni anche frequentato all'estero (ripetere per ogni certificazione che si desidera presentare):
 Corso _____
 Codice ECM evento formativo _____ data _____
 Sede _____ ente organizzatore _____

Si allega documento d'identità in corso di validità n° _____ rilasciato da _____
 il _____

Luogo e data _____

Firma _____