

**Modulo 8**

**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**

**Seconda 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 possedere una esperienza di affiancamento di assistenza al parto extra-ospedaliero e/o di volontariato o stage di addestramento post-laurea triennale acquisito presso sale parto di struttura ospedaliera accreditata SSR, indicando quale struttura e periodo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- b) 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 quale 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 \_\_\_\_\_