

**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 a negli ultimi 5 anni almeno 20 parti in ambito extra-ospedaliero e/o deve aver maturato una esperienza di assistenza al parto in autonomia presso una Sala Parto di struttura ospedaliera pubblica/privata, indicando la struttura e il 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 quale punto sotto elencato si riferiscono):
- d) corso di PBLIS-D (rianimazione neonatale e pediatrica) sede _____
data del corso _____ ente organizzatore _____
- e) corso di BLS-D (adulto) sede _____
data del corso _____ ente organizzatore _____
- f) training formativo obbligatorio sulla rianimazione (ogni due anni) sede _____ data del corso _____
ente organizzatore _____
- g) assistenza al travaglio e parto a basso rischio attraverso la frequenza a percorsi formativi, sulla base dei criteri stabiliti dalla componente commissione ECM, nell'ambito degli obiettivi nazionali e regionali specifici (ripetere per ogni certificazione che si desidera presentare) :
Corso _____
data _____ Sede _____ ente organizzatore _____
- h) 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 _____