Allegato 3

"LIBRETTO DELLE COMPETENZE DEL PERSONALE ADIBITO ALLE FUNZIONI DI CUI ALL’ARTICOLO 1, COMMA 1, LETT. A), C) E D) DEL D.M. 5 AGOSTO 2021”

NOME:

COGNOME:

ANNO DI NASCITA:

C.F.:

TITOLO DI STUDIO:

FUNZIONE:

APPLICAZIONE DELLA DISCIPLINA TRANSITORIA (ART. 8, c. 1, del D.M.): SI NO

Se è stato selezionato il “No”, inserire i riferimenti del corso di formazione effettuato:

OPBA COMPETENTE:

STABILIMENTI E NUMERO DI AUTORIZZAZIONE:

ENTE:

LEGALE RAPPRESENTANTE DELL’ENTE:

RBA:

VETERINARIO DESIGNATO:

RESPONSABILE DIRETTO/TUTOR:

DATA ESITO DEL TIROCINIO (art. 7, c. 3 del D.M. 5 agosto 2021):

DATA INIZIO ATTIVITA’:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SVILUPPO  PROFESSIONALE  CONTINUO | CORSO (titolo dell’evento) | CORSO (titolo dell’evento) | CORSO (titolo dell’evento) | CORSO (titolo dell’evento) |
| ENTE  ORGANIZZAORE |  |  |  |  |
| MODULO  FREQUENTATO |  |  |  |  |
| N. DI CREDITI  ACQUISITI |  |  |  |  |
| DATA |  |  |  |  |

ATTIVITA’ FORMATIVE ULTERIORI RISPETTO AL D.M. 5 AGOSTO 2021

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | FORMAZIONE | COMPETENZE ACQUISITE |
| CONTENUTO |  |  |
| TUTOR/DOCENTE |  |  |
| DATA EROGAZIONE |  |  |
| DATA VERIFICA (ESITO) |  |  |
| FIRMA DEL RBA |  |  |
| EVENTUALE FIRMA DEL TUTOR |  |  |
| FIRMA DEL LAVORATORE |  |  |

Allegato 4

Istanza di riconoscimento dei crediti E.C.M.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di veterinario designato presso l’OPBA di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni previste dall’art. 76 del Testo unico, D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e della decadenza dei benefici prevista dall’art. 75 del medesimo Testo unico in caso di dichiarazioni false o mendaci,

richiede

Il riconoscimento ai fini dello sviluppo professionale continuo ai sensi del D.M. 5 agosto 2021 dei crediti E.C.M. conseguiti attraverso la partecipazione al corso organizzato dal provider

…………………………….. accreditamento n.:………………………………………… dal titolo ………………………………………… e tenutosi a ………………………………….. dal …………. al ……………….., avente come obiettivo formativo …………………………………….

A tal fine si allega:

1) programma del corso da cui si possono desumere le ore di durata degli interventi; 2) attestato di acquisizione dei crediti; 3) carta d’identità.

In fede,

Luogo e data Firma

L’Amministrazione informa, ai sensi del d.lgs. n. 196 del 2003, che i dati conferiti con la presente dichiarazione sostitutiva saranno utilizzati in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui essi sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad essi conseguenti.