

## MODULO 4

(A CURA DELLA PRIMA OSTETRICA)

### AUTOCERTIFICAZIONE

(art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

#### DICHIARO

Sotto la mia personale responsabilità di:

- Essere iscritta all'Ordine Provinciale delle Ostetriche di \_\_\_\_\_ N° Albo \_\_\_\_\_
- Aver effettuato negli ultimi 5 anni, almeno 20 parti in ambito extraospedaliero e/o di aver maturato un'esperienza di assistenza al parto in autonomia presso una sala parto di struttura ospedaliera pubblica/privata
- Essere in possesso di certificazione su Corso PBLS (rianimazione neonatale e pediatrica) e BLS-D (adulto) effettuato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Essere in possesso di certificazione su Training formativo obbligatorio sulla rianimazione effettuato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Essere in possesso di certificazione su Assistenza al travaglio e parto a basso rischio attraverso la frequenza a percorsi formativi, sulla base dei criteri stabiliti dalla commissione ECM, nell'ambito degli obiettivi nazionali e regionali specifici, effettuato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Essere in possesso di certificazione su corso ECM sulle emergenze/urgenze ostetriche in travaglio e parto a domicilio o in sala parto, anche frequentato all'estero, effettuato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sono consapevole che ai sensi degli art.75 e 76 del D.P.R. N.445 del 28/12/2000, in caso di false dichiarazioni accertate verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiere.

Sono a conoscenza che la mancata accettazione della presente dichiarazione, quando le norme di legge o di regolamento ne consentono la presentazione, costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445).

Ai sensi della legge 196/2003, i dati personali forniti dal sottoscritto, dovranno essere trattati dall'ente al quale la presente dichiarazione viene prodotta, per le finalità connesse all'erogazione del servizio o della prestazione per cui la dichiarazione stessa viene resa e per gli eventuali successivi adempimenti di competenza. Mi riservo la facoltà di esercitare in qualunque momento i diritti di cui alla legge stessa.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma Ostetrica

\_\_\_\_\_