Spett.le
ICFP
Istituto di Certificazione delle Figure della Prevenzione
Via G.B. Morgagni, 32
20129 Milano

Tel: 02.20240956 Fax: 02.20241784

Il/La sottoscritto/a ……

nato/a …… il ……..

residente a …….

In via …….

Certficato ICFP n° ……. In qualità di ……

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dal D.P.R. 445 del 28/12/2000 e successive modificazioni

Dichiara:

1. Di non aver ricevuto reclami relativi all'attività professionale svolta
2. Di aver svolto l'attività di Igienista Industriale(o Tecnico di Igiene Industriale) in conformità ai requisiti ICFP e al Codice etico
3. Di aver partecipato ai seguenti corsi di aggiornamento o congressi inerenti la mia professione (fornire elenco dettagliato e allegare copie degli attestati):

   a. tipologia…….
      data…….. luogo…….
      organizzatore …….
      Crediti ECM ottenuti n° ……come[1] ……..

   b. tipologia…….
      data…….. luogo…….
      organizzatore …….
      crediti ECM ottenuti n°…… come ……..

4. di aver eseguito il pagamento relativo all'iscrizione al registro e relativo mantenimento

data …….. Firma

[1] Medico, Biologo, Chimico, Tecnico della Prevenzione….