

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dr/Prof _____

Codice fiscale _____

libero professionista dipendente convenzionato privo di occupazione

Professione: Medico chirurgo Veterinario

Disciplina (*vedere elenco*): _____

Nome dello Sponsor: _____

DICHIARA

Di non aver raggiunto il limite massimo di 1/3 dei crediti formativi ricondotti al triennio di riferimento acquisibili mediante reclutamento diretto.

Data

Firma (*leggibile*)
