

**DA COMPILARE SOLO IN CASO DI QUOTA D'ISCRIZIONE SPONSORIZZATA**

**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*)

\_\_\_\_\_