

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)