

## AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dr/Prof \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

libero professionista  dipendente  convenzionato

Professione: \_\_\_\_\_

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 (50 crediti).

Data

\_\_\_\_\_

Firma (*leggibile*)

\_\_\_\_\_