DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ASSOLVIMENTO OBBLIGO FORMATIVO (ECM)

Dati anagrafici del dichiarante

Nome e cognome:

Luogo di nascita:

Data di nascita:

Comune di residenza:

Provincia (sigla):

Indirizzo (Via/Piazza):

Numero civico:

CAP:

Codice fiscale:

Cittadinanza:

Clausola di responsabilità

Il/La sottoscritto/a, consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 prevede sanzioni penali e la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli articoli 75 e 76).

DICHIARA

☒ ☐Di aver assolto all'obbligo formativo (educazione continua in medicina) nei seguenti trienni

Luogo, data e sottoscrizione

Luogo:

Data:

Firma del dichiarante: