

# AUTOCERTIFICAZIONE

(Art.46 D.P.R. 28 – 12 – 2000 N° 445)

Nome.....

Cognome.....

Indirizzo..... Comune.....

Prov..... Cap..... Tel...../.....

Nato il..... Nel Comune di..... Prov.....

C.F./P.I..... E-MAIL.....

**AI FINI DEL RILASCIO DEI CREDITI ECM DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA' DI  
ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO ABILITANTE:**

- Medico
- Medico Specialista in.....
- Fisioterapista
- Infermiere
- T.O.
- T.N.P.E.E.
- Tec. Radiologia
- Altro.....

**E DICHIARO INOLTRE DI ESSERE**

- Dipendente
- Libero Professionista
- Convenzionato
- iscritto all'Ordine/Collegio num..... di .....

Data \_\_\_\_\_

Firma Leggibile \_\_\_\_\_