



Oggetto: Richiesta spostamento crediti ECM

Il/la sottoscritto/a dott./ssa

nato/a a il

codice fiscale cellulare

email

Chiede che i seguenti crediti ECM, acquisiti nel triennio 2017-2019 siano spostati al triennio 2014-2016

codice evento	<input type="text"/>	data conseguimento	<input type="text"/>	n. crediti	<input type="text"/>
codice evento	<input type="text"/>	data conseguimento	<input type="text"/>	n. crediti	<input type="text"/>
codice evento	<input type="text"/>	data conseguimento	<input type="text"/>	n. crediti	<input type="text"/>
codice evento	<input type="text"/>	data conseguimento	<input type="text"/>	n. crediti	<input type="text"/>
codice evento	<input type="text"/>	data conseguimento	<input type="text"/>	n. crediti	<input type="text"/>
codice evento	<input type="text"/>	data conseguimento	<input type="text"/>	n. crediti	<input type="text"/>
codice evento	<input type="text"/>	data conseguimento	<input type="text"/>	n. crediti	<input type="text"/>
codice evento	<input type="text"/>	data conseguimento	<input type="text"/>	n. crediti	<input type="text"/>
codice evento	<input type="text"/>	data conseguimento	<input type="text"/>	n. crediti	<input type="text"/>
codice evento	<input type="text"/>	data conseguimento	<input type="text"/>	n. crediti	<input type="text"/>

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza del fatto che i crediti acquisiti quale recupero del debito formativo del triennio 2014-2016, non saranno computati ai fini del soddisfacimento dell'obbligo formativo relativo al triennio 2017-2019.

Luogo e data _____ Firma _____

Allegare copia di un documento di identità