



AUTOCERTIFICAZIONE SOSPENSIONE ATTIVITÀ

Ogg.: comunicazione sospensione annuale attività psicomotoria

Con la presente, la/il sottoscritta/o _____, nata/o a _____

Il _____; residente a _____.

DICHIARA

che nell'anno 20____/ 20____, non svolgerà attività di psicometricista relazionale, né in ambito scolastico né extrascolastico.

Luogo _____

Data _____

Cognome e nome _____

Firma _____