

**RICHIESTA DI ESONERO PARZIALE DALLO SVOLGIMENTO
DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA OBBLIGATORIA PER GRAVI MALATTIE O
INFORTUNI CHE LIMITANO LA CAPACITÀ PROFESSIONALE**

ai sensi dell'art. 11 del "Regolamento per l'aggiornamento della competenza professionale" pubblicato sul bollettino Ufficiale del Ministero della Giustizia n. 13 del 15/07/2013¹ in attuazione dell'art. 7 del DPR 7 agosto 2012 n. 137 e successive "Linee di indirizzo" approvate ed emesse dal CNI

La/Il sottoscritt/a/o

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ (____) il _____

Residente (indirizzo, CAP, città)

Tel. _____ cell _____ fax _____

Indirizzo e-mail _____ PEC _____

Codice Fiscale _____, iscritta/o all'Ordine degli Ingegneri di Matera con matricola N. _____,

CHIEDE

di essere esonerata/o dallo svolgimento dell'attività formativa obbligatoria per il periodo di n. giorni (*periodi di malattia/infortunio uguali o superiori a 60 giorni, per un periodo massimo di 6 mesi*);

oppure

il rinnovo dell'esonero già concesso per malattia o infortunio con delibera del Consiglio dell'Ordine del/...../..... (*rinnovabile una sola volta per un massimo di 6 mesi*);

oppure

di essere esonerata/o per un ulteriore periodo di n. mesi, eccedenti i 12 mesi di esonero già concessi (*in questo caso il professionista deve produrre idonea auto dichiarazione che attesti l'astensione dal lavoro/professione nel periodo oggetto di richiesta di esonero*),

oppure

di ottenere una riduzione del% pari a n. CFP (*può essere richiesta una riduzione dal 30% al 50% corrispondente ad un numero di CFP/anno da 9 a 15*), da dedurre al termine dell'anno solare in funzione del grado di inabilità professionale, in quanto affetto da grave malattia cronica limitante la capacità professionale.

¹ Alla concessione del periodo di esonero, definito dall'Ordine su istanza dell'iscritto, consegue la proporzionale riduzione del numero di crediti formativi da dedurre al termine dell'anno solare ai sensi dell'art.3, comma 7, del Regolamento per l'aggiornamento della competenza professionale. La riduzione verrà operata in applicazione delle "Linee di indirizzo" approvate ed emesse dal CNI.

A tale scopo

DICHIARA

- di trovarsi in una situazione inconciliabile con la partecipazione ad eventi formativi per i seguenti motivi:

grave malattia *(allegare certificato medico riferito al periodo per il quale si chiede l'esonero - in caso di richiesta di estensione dell'esonero ad un periodo eccedente quello dei 12 mesi già concessi, allegare autodichiarazione di astensione dal lavoro/professione);*

oppure

infortunio *(allegare certificato medico con indicazione della data in cui è occorso l'infortunio ed il periodo di inabilità ai fini dell'assolvimento alla partecipazione agli eventi formativi - in caso di richiesta di estensione dell'esonero ad un periodo eccedente quello dei 12 mesi già concessi, allegare autodichiarazione di astensione dal lavoro/professione).*

oppure

gravidanza a rischio *(allegare certificato medico con indicazione della data della diagnosi e della data presunta del parto);*

oppure

grave malattia cronica *(allegare certificato medico con indicazione della diagnosi e del grado di inabilità professionale prodotto);*

- **di essere consapevole che la sua eventuale partecipazione ad attività formative svoltesi durante il periodo di esonero, non darà diritto al riconoscimento dei crediti (CFP) previsti per quello specifico evento;**
- di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere a conoscenza dei poteri di controllo del Consiglio dell'Ordine, previsti dall'art. 71 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

Data _____

Firma _____