

**RICHIESTA DI ESONERO DALLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ
FORMATIVA OBBLIGATORIA PER ASSISTENZA A FIGLI O PARENTI DI
PRIMO GRADO AFFETTI DA GRAVE MALATTIA O INFORTUNIO**

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 sottoscritta/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.
mesi (*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*),

necessario per poter assistere il/la proprio/a (*figli o parenti di
primo grado*)

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

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:

- assistenza per 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

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

oppure

- assistenza per 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).*

– **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 _____