

**AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DELL'ORDINE
DEGLI INGEGNERI DELLA PROVINCIA DI RIETI**

RICHIESTA ESONERO FORMAZIONECONTINUA

MOD 00/FORMAZIONE/15 (compilare in stampatello)

Il sottoscritto (COGNOME) (NOME)

nato a il
(comune, provincia ed eventuale stato estero) (giorno, mese ed anno)

residente a
(Rieti o provincia di Rieti) (CAP, comune e provincia di residenza)

indirizzo
(indirizzo di residenza)

Cod. Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

iscritto a Codesto Ordine con il N° alla SEZIONE

Consapevole della responsabilità penale che si assume per le dichiarazioni rese e delle sanzioni previste all'art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di non veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive,

CHIEDE

l'esonero per l'anno dall'obbligo formativo ai sensi dell'art. 11 del Regolamento per l'Aggiornamento della Competenza Professionale e s.m.i. in quanto ricorre la seguente motivazione:

Maternità o paternità
Periodo dell'anno di riferimento dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___
Cognome e nome del bambino _____
Data di nascita del bambino ___ / ___ / ___

Malattia o infortunio:

- Malattia/infortunio uguali o superiori a 60gg, per un periodo max di 6 mesi, rinnovabile una sola volta
 - o dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___
- Malattia/infortunio per periodi di esenzione maggiore a 12 mesi solo se coincidente con eguale periodo di astensione dal lavoro/professione
 - o dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ per il periodo in oggetto DICHIARA di non aver esercitato la professione
- Professionista affetto da grave malattia cronica che limita la capacità professionale - **Allegare documentazione OMETTENDO la valutazione socio-sanitaria** (ai sensi del D.lgs 196/2003 per la protezione dei dati personali)

Assistenza a figli o parenti di primo grado

- Assistenza a figli o parenti uguali o superiori a 60gg, per un periodo max di 6 mesi rinnovabile una sola volta
 - o dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___
- Assistenza a figli o parenti per periodi di esenzione maggiore a 12 mesi solo se coincidente con eguale periodo di astensione dal lavoro/professione
 - o dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ per il periodo in oggetto DICHIARA di non aver esercitato la professione

Professionista che presta assistenza a figli o parenti affetti da grave malattia cronica - **Allegare documentazione OMETTENDO la valutazione socio-sanitaria** (ai sensi del D.lgs 196/2003 per la protezione dei dati personali)

Esonero per lavoro all'estero

- Per periodi uguale o superiori a 6 mesi
- o Periodo dell'anno di riferimento dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Esonero per cassa integrazione

- Per i dipendenti di aziende private che si trovino in Mobilità/Cassa integrazione per un periodo non inferiore a 6 mesi nel corso di un anno
- o Periodo dell'anno di riferimento dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ Per il periodo in oggetto DICHIARA di non aver svolto alcuna attività professionale connessa con l'obbligo della formazione continua

altro (specificare)

Si allega documentazione comprovante quanto dichiarato nei casi previsti dalle specifiche norme di riferimento.

Firma

Data _____

La presente dichiarazione deve essere prodotta, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000

Ai sensi dell'art. 13 della legge 196/2003, le dichiarazioni contenute nell'istanza verranno utilizzate per le finalità istituzionali demandate per legge all'Ordine professionale.

Estremi del documento d'identità: _____

(da compilare a cura dell'addetto dell'Ordine previa esibizione del documento da parte dell'interessato, ove la domanda sia presentata personalmente dal dichiarante)