

**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 15.7.2013 in attuazione dell'art. 7 del DPR 7 agosto 2012 n. 137 e successive linee di indirizzo emesse dal CNI con circolare n. 376/2014

La/Il sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente (indirizzo, CAP, città)

Telefono _____ cell _____ fax _____

Indirizzo e-mail _____ PEC _____

Codice Fiscale _____ Iscritto all'Ordine degli Ingegneri della Provincia di Siena con numero matricola _____

Sezione: A (laurea quinquennale o magistrale) B (laurea triennale)

CHIEDE

ai sensi dell'art. 11 del "Regolamento per l'aggiornamento della competenza professionale" pubblicato sul bollettino Ufficiale del Ministero della Giustizia n. 13 del 15.7.2013 e successive linee di indirizzo emesse dal CNI con circolare n. 376/2014:

di essere esonerato 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*)

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

di essere esonerato per un ulteriore periodo di n. mesi, eccedenti i 12 mesi di esonero già concessi (*in questo caso il professionista dovrà allegare una auto dichiarazione di astensione dal lavoro*).

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

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

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

di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Dlgs 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;

dichiara, inoltre, 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 _____