

**AUTOCERTIFICAZIONE  
DOMANDA DI RICHIESTA DI ESONERO TEMPORANEO DALL'OBBLIGO FORMATIVO  
(Dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente (indirizzo, CAP, città)

\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Iscritto all'Ordine degli Ingegneri della provincia di Benevento con numero \_\_\_\_\_

Consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione il sottoscrittore decadrà dai benefici e dalle autorizzazioni per le quali la stessa dichiarazione è stata rilasciata, ai sensi dell'art.75 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Di aver preso visione dei seguenti documenti

- Il "Regolamento per l'aggiornamento della competenza professionale" pubblicato il 15/07/2013
- La Circolare CNI n. 376/XVIII Sess. Del 23/05/2014 – Linee di indirizzo 2
- La Circolare CNI n. 450/XVIII Sess. /2014 Del 19/11/2014 – Linee di indirizzo 3

**CHIEDE**

L'esonero dall'obbligo di aggiornamento delle competenze dall'acquisizione dei crediti formativi per i seguenti motivi di cui allega appropriata documentazione dove richiesta, ai sensi dell'art. 11 del Regolamento

Maternità o paternità (max 12 mesi – una sola volta – non frazionabile)

Periodo dell'anno di riferimento dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ per mesi \_\_\_\_\_

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 dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Malattia/infortunio per periodi di esenzione > a 12 mesi solo se coincidente con eguale periodo di astensione dal lavoro/professione 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 dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Assistenza a figli o parenti per periodi di esenzione > a 12 mesi solo se coincidente con eguale periodo di astensione dal lavoro/professione 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**

- Periodo uguale o superiore a 6 mesi  
Periodo dell'anno di riferimento dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Per il periodo in oggetto DICHIARA di non aver svolto alcuna attività professionale in Italia.

**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  
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.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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.**

***Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali):*** I dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo, anche con l'ausilio di strumenti informatici. E' garantito agli interessati l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. n. 196/03.