



# Ordine degli Ingegneri della Provincia di Chieti

Via Spezioli, n.58 – 66100 Chieti – Telef. 0871.63826 – Fax 0871.63054 – [www.ingegneri.chieti.it](http://www.ingegneri.chieti.it) – mail: info@ingegneri.chieti.it

## RICHIESTA DI ESONERO DALLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA OBBLIGATORIA PER 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 \_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Iscritto all'Ordine degli Ingegneri  
della Provincia di Chieti con numero \_\_\_\_\_

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:

1

**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 \_\_\_\_\_