

ORDINE DEGLI INGEGNERI DELLA PROVINCIA DI SONDRIO

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

(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)

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 Sondrio 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" e successive linee di indirizzo emesse dal CNI

- 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*)
- 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 esonerata/o 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:

ORDINE DEGLI INGEGNERI DELLA PROVINCIA DI SONDRIO

- **assistenza per grave malattia** *(allegare dichiarazione che in tale periodo non ha esercitato attività professionale connessa all'obbligo di formazione continua);*
- **assistenza per infortunio** *(allegare dichiarazione che in tale periodo non ha esercitato attività professionale connessa all'obbligo di formazione continua)*

— di essere informata/o, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 che i propri dati personali e appartenenti a categorie particolari di dati personali 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 _____