

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

Il/La sottoscritto/a

Nome:

Cognome:

Nato a

il __ / __ / ____

Residente (indirizzo, CAP, Città):

Codice Fiscale:

Email:

PEC mail:

Tel.:

Consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del 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 dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/20000)

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:

Esoneri ai sensi dell'art. 11 del Regolamento

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 60 gg. , 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 superiori a 60 gg. 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 __/__/____

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 del D.P.R. n. 445/2000.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 30/06/2003 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 stati richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo, anche con l'ausilio di strumenti informatici. È garantito agli interessati l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs n. 196/03.