

All'Ordine degli Ingegneri
della Provincia di Ferrara
Corso Ercole I d'Este, 1
44121 - Ferrara

**RICHIESTA DI ESONERO DALLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA
OBBLIGATORIA PER ASSISTENZA A FIGLI O PARENTI DI PRIMO GRADO AFFETTI
DA GRAVI MALATTIE CRONICHE O PORTATORI DI HANDICAP**

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 sottoscritt/a/o

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 Ferrara 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 15.7.2013¹ e successive linee di indirizzo emesse dal CNI con circolare n. 376/2014:

- **di ottenere una riduzione del% pari a n. CFP (dal 30% al 50 % corrispondenti ad un numero di CFP/anno da 9 a 15, in funzione dell'impegno richiesto).**

¹ Possono essere motivo di esonero dall'obbligo di aggiornamento della competenza professionale, concesso da parte degli Ordini territoriali, su domanda da parte dell'iscritto, i seguenti casi:

- a) maternità o paternità, per un anno;
- b) servizio militare volontario e servizio civile;
- c) grave malattia o infortunio;

d) altri casi di documentato impedimento derivante da accertate cause oggettive o di forza maggiore.

Alla concessione del periodo di esonero, definito dall'Ordine su istanza dell'iscritto, consegue la proporzionale riduzione del numero di crediti formativi da dedurre al termine dell'anno solare ai sensi dell'art.3, comma 7, del Regolamento per l'aggiornamento della competenza professionale.

La riduzione verrà operata in applicazione delle linee di indirizzo fornite dal CNI con la circolare n. 374/14.

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 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 _____