

**OGGETTO: DOMANDA DI ESONERO DALL'ATTIVITA' DI FORMAZIONE prevista al punto 7 delle vigenti linee guida attuative emanate dal CNAPPC- triennio 2017-19**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'OAT con matricola n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, **DICHIARA** di avere diritto all'esonero nell'anno in corso per:

**maternità, paternità o adozione** - riducendo l'obbligo formativo di 20 CFP per ogni maternità, ivi compresi i 4 cfp obbligatori.

A tal fine allega: certificato di nascita del bambino (o di ingresso in famiglia per le adozioni)

**malattia grave/infortunio** che determinerà l'interruzione dell'attività professionale per almeno 6 mesi - riducendo l'obbligo formativo di 20 CFP per anno di richiesta, ivi compresi i 4 cfp obbligatori.

A tal fine si allega: certificato medico attestante la malattia/infortunio (per un periodo di inabilità di almeno 6 mesi)

**altri casi di documentato impedimento derivante da cause di forza maggiore e situazioni di eccezionalità** che perdurino per almeno 6 mesi consecutivi - riducendo l'obbligo formativo 20 CFP per anno di richiesta, ivi compresi i 4 cfp obbligatori.

A tal fine di allega: documentazione comprovante tale grave impedimento

**docenti universitari tempo pieno (ai quali è precluso l'esercizio della professione - L. 382/1980)** - riducendo l'obbligo formativo 20 CFP per anno di richiesta, ivi compresi i 4 cfp obbligatori.

A tal fine con la presente dichiara di essere inserito nell'elenco speciale (L. 382/1980).

**non svolgimento della professione neanche occasionalmente per l'intera durata dell'anno di richiesta** - riducendo l'obbligo formativo di 20 CFP per anno di richiesta, ivi compresi i 4 cfp obbligatori.

A tal fine dichiara di:

- non essere in possesso di partita IVA, personale o societaria, né soggetto al relativo obbligo in relazione ad attività rientranti nell'oggetto della professione;
- non essere iscritto alla Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza, né soggetto al relativo obbligo;
- non esercitare l'attività professionale neanche occasionalmente e in qualsiasi forma **(sia di libero professionista che di dipendente pubblico o privato).**

Il richiedente, con la sottoscrizione, **si impegna altresì a comunicare all'Ordine l'eventuale perdita del requisito per l'esonero richiesto, immediatamente al verificarsi dell'evento**, con la consapevolezza della decadenza del beneficio dell'esonero per tutto l'anno solare di riferimento.

La richiesta di esonero è annuale.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'OAT.

*Allegati: documentazione richiesta comprovante lo stato. Il documento di identità si intende allegato all'atto di registrazione sul portale IMATERIA, fatta salva la necessità di riallegazione in caso di scadenza della validità.*

data

firma