

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 sottoscritta/o _____

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 per l'anno _____ 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, dichiara di non aver richiesto per l'anno in corso altri tipi di esonero dalla formazione obbligatoria e **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