

**RICHIESTA ESONERO DALL'OBBLIGO DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE
MALATTIA-INFORTUNIO DEL PROFESSIONISTA E/O PARENTI DI PRIMO GRADO**

(art. 11 del "Regolamento per l'aggiornamento della competenza professionale" degli Ingegneri e successive integrazioni con le linee di indirizzo 2 e 3)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ C.F. _____

ISCRITTO/A ALL'ORDINE DEGLI INGEGNERI DELLA PROVINCIA DI CAGLIARI AL N. _____ ALBO A B

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. 445/2000, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità

DICHIARA (barrare la casella interessata)

- Di essere stato/a affetto/a da malattia – di aver subito un infortunio (*cancellare l'informazione non interessata*), per un periodo uguale o superiore a 60 giorni, per un periodo massimo di 6 mesi (rinnovabile una sola volta), dal giorno _____ al giorno _____, e che si trovava pertanto in una situazione inconciliabile con la partecipazione ad eventi formativi.
- Di essere stato/a affetto/a da malattia – di aver subito un infortunio (*cancellare l'informazione non interessata*), per un periodo superiore ai 12 mesi, dal giorno _____ al giorno _____, e che si trovava pertanto in una situazione inconciliabile con la partecipazione ad eventi formativi. Si dichiara inoltre che in tale periodo non è stata esercitata la professione.
- Di essere affetto/a da malattia cronica che limita la capacità professionale del _____ % (dal 30% al 50%)
- Di assistere il figlio o parente di primo grado per malattia – infortunio, per un periodo uguale o superiore a 60 giorni e per un periodo massimo di 6 mesi (rinnovabile una sola volta), dal giorno _____ al giorno _____, e che si trovava pertanto in una situazione inconciliabile con la partecipazione ad eventi formativi
- Di assistere il/la figlio/a o parente di primo grado affetto da malattia o infortunio, per un periodo superiore a 12 mesi dal giorno _____ al giorno _____. Si dichiara inoltre che in tale periodo non è stata esercitata la professione.
- Di assistere il/la figlio/a
- o parente di primo grado affetto da grave malattia cronica o portatore di handicap, trovandosi pertanto in una situazione inconciliabile con la partecipazione ad eventi formativi.

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza del fatto che, in seguito alla presente richiesta, nel periodo di validità dell'esonero, non potranno essere riconosciuti i CFP derivanti da apprendimento non formale, informale e formale¹

CHIEDE CHE

- Gli sia riconosciuto l'esonero dall'obbligo di aggiornamento della competenza professionale sulla base del Regolamento e Linee di Indirizzo 3 e 4.

¹ Linee di indirizzo 3, art. 14

ALLEGA (barrare la casella relativa ai moduli inoltrati)

- CERTIFICATO MEDICO COMPROVANTE LA PROPRIA MALATTIA/INFORTUNIO – MALATTIA CRONICA
- CERTIFICATO MEDICO COMPROVANTE LA MALATTIA/INFORTUNIO- MALATTIA CRONICA DEL PARENTE DI PRIMO GRADO

Luogo e Data

Firma
