

3. MODULO DI RICHIESTA ESONERO ATTIVITÀ FORMATIVA: malattia/infortunio documentato impedimento

ai sensi dell'art. 7 "linee guida e di coordinamento attuative del regolamento per l'aggiornamento e sviluppo professionale continuo",
Aggiornato con delibera C.N.A.P.P.C in data 21 dicembre 2016

DATI DEL PROFESSIONISTA

Il sottoscritto Architetto

Nome :		Codice fiscale :	
Cognome :		Ordine di appartenenza :	
Email :		N° di iscrizione ordine :	
Email Pec :		Indirizzo residenza :	
Telefono :		Indirizzo studio/luogo di lavoro :	

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000,

CHIEDE

di essere esonerato dall'attività formativa per l'anno_____ in quanto ricadente nella seguente casistica delineata dal punto 7 delle Linee Guida approvate dal CNAPPC in data 21 dicembre 2016 e vigenti dal 1 gennaio 2017:

Malattia grave, infortunio che determinino l'interruzione dell'attività professionale per almeno 6 mesi consecutivi.

Altri casi di documentato impedimento derivante da cause di forza maggiore e situazioni di eccezionalità.

Allegati giustificativi

(es : certificato medico/infortunio/documenti comprovanti l'impedimento)

	Data	Firma _____
	_____/_____/____	

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i.