All’ Ordine degli Ingegneri della Provincia di LECCE

**DOMANDA DI ESONERO TEMPORANEO DALL’OBBLIGO FORMATIVO PER ASSISTENZA A FIGLI O PARENTI DI PRIMO GRADO AFFETTI DA GRAVI MALATTIE CRONICHE O PORTATORI DI HANDICAP** (si veda nota 1 e nota 2)

(Art.11 comma 1 lett. c del "Regolamento per l'aggiornamento delle competenze professionale degli ingegneri)

Il/la sottoscritto/a Ing/Ing Iunior……………………………………., nato/a a ……………….……….. il ……………….……….., iscritto/a all’albo di codesto Ordine n. ………….

**CHIEDE**

al Consiglio dell’Ordine di essere esonerato/a dall’obbligo di aggiornamento della competenza professionale in base all’art. 11 comma 1 lettera c del "Regolamento per l'aggiornamento della competenza professionale" degli ingegneri, pubblicato sul bollettino Ufficiale del Ministero della Giustizia n. 13 del 15.7.2013 in attuazione dell’art. 7 del D.P.R. 7 agosto 2012 n. 137 e successive linee di indirizzo 2 emesse dal C.N.I. con circolare n. 376/2014 per Assistenza a figli o parenti di primo grado.

A tal fine e 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

**CHIEDE**

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

per poter assistere il/la proprio/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (figli o parenti di primo grado)

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a causa di

**Infortunio** per il periodo dal ………………………………………..al………………………………………………………………………..

**Grave malattia** per il periodo dal ………………………………………..al…………………………………………………………….

**Grave malattia cronica o portatore di handicap** documentata con il certificato medico che si allega alla presente.

**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 formale. *(dichiarazione non valida per malattia cronica o portatore di handicap)*

Il sottoscritto dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n.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.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega

copia del documento di riconoscimento

Autodichiarazione di astensione dal lavoro (per periodi di esenzione superiori a 12 mesi)

Certificato medico per **grave malattia cronica o portatore di handicap**

Stato di famiglia per esonero per assistenza al genitore convivente

Nota 1 (estratto da Linee di indirizzo 2 del C.N.I):

**Assistenza a figli o parenti di primo grado:**

* + I professionisti che assistono figli o parenti di primo grado affetti da grave malattia o infortunio, trovandosi, in ragione di ciò, in una situazione inconciliabile con la partecipazione ad eventi formativi, possono a richiesta ottenere una proporzionale riduzione del numero di crediti formativi da dedurre al termine dell’anno solare, nella misura di 2,5 crediti per ogni mese. Tali esenzioni sono applicabili solo per periodi di malattia/infortunio uguali o superiori a 60 giorni, per un periodo massimo di 6 mesi, rinnovabile una sola volta.
  + Periodi di esenzione superiori a 12 mesi possono essere concessi solo se coincidenti con eguali periodi di astensione dal lavoro/professione. In tal caso sarà cura del professionista auto dichiarare che nel periodo in oggetto non esercita la professione (modello autodichiarazione allegata alla domanda).
  + I professionisti che assistono figli o parenti di primo grado affetti da gravi malattie croniche o portatori di handicap possono, a richiesta, ottenere una riduzione dal 30% al 50 % (da 9 CFP a 15 CFP/anno) del numero di crediti formativi da dedurre al termine dell’anno solare, in funzione dell’impegno richiesto da tale assistenza. In questo caso, la domanda di esonero parziale va accompagnata da relativo certificato medico.
  + Il singolo Ordine, valutata la documentazione prodotta dal professionista, provvederà a riconoscere l’esonero, inviandone comunicazione sia al proprio iscritto che all’Anagrafe nazionale dei crediti, istituita presso il CNI

Nota 2 (estratto da Linee di Indirizzo 4 del CNI)

**Assistenza ai genitori e coniuge**

* + l’esonero è concesso anche per l’assistenza al coniuge e ai genitori. In caso di assistenza a genitori è concesso solo se il genitore risulta essere convivente con il professionista, da comprovare con autocertificazione o stato di famiglia.

**La presente autodichiarazione deve essere inviata all’Ordine degli Ingegneri della provincia di Lecce via PEC:** [**ordine.lecce@ingpec.eu**](mailto:ordine.lecce@ingpec.eu)

**AUTOCERTIFICAZIONE DI ASTENSIONE DAL LAVORO**

(ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto Ing/Ing Iunior……………………………………., nato/a a ……………….……….. il ……………….……….., residente a ……………………….. in via ……………………………

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto previsto dall’art. . 76 D.P.R. n. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

di essersi astenuto dal lavoro per il periodo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motivazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di essere a conoscenza dei poteri di controllo del Consiglio dell’Ordine, previsti dall’art. 71 del D.P.R. 445

del 28.12.2000

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La firma non deve essere autenticata e la sottoscrizione non deve necessariamente avvenire alla presenza dell’impiegato dell’Ente che ha richiesto il certificato.

Si allega copia del documento di riconoscimento

(art. 38 D.P.R. 445/2000)