All’ Ordine degli Ingegneri della Provincia di LECCE

**DOMANDA DI ESONERO TEMPORANEO DALL’OBBLIGO FORMATIVO**

 **PER MALATTIA O INFORTUNIO** (si veda nota 1)

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

Il/la sottoscritto/a Ing/Ing Iunior……………………………………., nato/a a ……………….……….. il ……………….……….., iscritto/a all’Albo di codesto Ordine con 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 grave malattia o infortunio.

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 essere esonerato dallo svolgimento dell’attività formativa obbligatoria per il periodo di nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mesi (*periodi di malattia/infortunio uguali o superiori a 60 giorni, per un periodo massimo di 6 mesi)*

[ ]  il rinnovo dell’esonero già concesso per malattia o infortunio con delibera del\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ *(rinnovabile una sola volta per un massimo di 6 mesi)*

[ ]  di essere esonerato per un ulteriore periodo di n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mesi, eccedenti i 12 mesi di esonero già concessi.

[ ]  Di essere esonerato dall’attività formativa obbligatoria perché affetto da grave malattia cronica che limita la capacità professionale e allega certificato del medico curante.

A tale scopo

**DICHIARA**

di trovarsi in una situazione inconciliabile con la partecipazione ad eventi formativi per i seguenti motivi:

[ ]  grave malattia (*allegare certificato medico riferito al periodo per il quale si chiede l’esonero;*  *in caso di richiesta di estensione dall’esonero ad un periodo eccedente quello dei 12 mesi già concessi allegare autodichiarazione di astensione dal*  *lavoro – vedere modulo allegato in fondo)*

[ ]  gravidanza a rischio (*allegare certificato medico con indicazione della data della diagnosi e della data presunta del parto)*

[ ]  infortunio *(allegare certificato medico con indicazione della data in cui è occorso l’infortunio ed il periodo di inabilità ai fini dell’assolvimento alla*  *partecipazione agli eventi formativi – in caso di richiesta di estensione dell’esonero ai un periodo eccedente quello dei 12 mesi già concessi allegare autodichiarazione di astensione dal*  *lavoro)*

[ ]  malattie croniche (*allegare certificato medico)*

**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 nel caso di malattie croniche).*

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

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

* I professionisti che, per motivi di grave malattia o infortunio, si trovano 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.
* I professionisti affetti da gravi malattie croniche che limitino la capacità professionale 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 del grado di inabilità professionale. 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

**La presente autodichiarazione deve essere inviata all’Ordine degli Ingegneri della provincia di Lecce via PEC:** **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)