

DOMANDA DI ESONERO TEMPORANEO DALL'OBBLIGO DI AGGIORNAMENTO DELLA COMPETENZA PROFESSIONALE (AI SENSI DELL'ART. 11 DEL REGOLAMENTO CNI) - da presentare ENTRO 31 gennaio dell'anno solare successivo a quello di inizio del periodo di esonero



Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____

Residente in _____

C.F. _____

PEC _____

Mail _____

Recapito telefonico _____

Consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n.445/2000, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione il sottoscrittore decadrà dai benefici e dalle autorizzazioni per le quali la stessa dichiarazione è stata rilasciata, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000,

Visionati i documenti di riferimento come di seguito riportati:

- Regolamento per l'aggiornamento della competenza professionale, pubblicato il 15/07/2013
- Circolare CNI n. 164/XIX Sess./2017 del 19/12/2017 – Linee di indirizzo - Testo Unico 2018

CHIEDE

l'esonero dall'obbligo di aggiornamento della competenza professionale in quanto sussistono le condizioni di seguito indicate (barrare le fattispecie di interesse):

MATERNITÀ O PATERNITÀ – tale esonero può essere presentato una sola volta per mesi \leq 12; in caso di genitori entrambi iscritti all'Albo, il periodo può essere frazionato . (vedasi il punto 11.1 del Testo Unico 2018)

INDICARE

- Cognome e nome del bambino: _____
- Data di nascita del bambino: _____
- Mesi richiesti di esonero: _____

ALLEGARE

- Certificato di nascita

Con la presente **SI DICHIARA** che (barrare la casella di interesse):

Il coniuge NON è ingegnere

Il coniuge è ingegnere e NON ha usufruito dell'esonero per maternità/paternità

Il coniuge è ingegnere e ha usufruito dell'esonero per maternità/paternità per un periodo di mesi

MALATTIA O INFORTUNIO

INDICARE

- Periodo di malattia o infortunio: _____

ALLEGARE

- Documentazione probante

Per periodi di malattia o infortunio superiori ai 12 mesi apporre la firma come riportato:

Con la presente SI DICHIARA che nel periodo in oggetto non è stata esercitata la professione.

Firma _____

GRAVI MALATTIE INVALIDANTI – l'istanza va presentata una sola volta.

ALLEGARE

- Certificato medico

ASSISTENZA A PERSONE CON GRAVE MALATTIA CRONICA

Per Malattia o infortunio

INDICARE

- Periodo di malattia o infortunio: _____

ALLEGARE

- Documentazione probante

Per periodi di malattia o infortunio superiori ai 12 mesi apporre la firma come riportato:

Con la presente SI DICHIARA che nel periodo in oggetto non è stata esercitata la professione.

Firma _____

ASSISTENZA A FIGLI O PARENTI DI PRIMO GRADO – l'istanza va presentata una sola volta.

Per Malattia cronica o handicap

ALLEGARE

- Certificato medico

ESONERO PER LAVORO ALL'ESTERO – in caso di esonero esteso su due annualità consecutive, vanno presentate due istanze (una per singola annualità).

INDICARE

- Periodo all'estero: _____

ALLEGARE

- Contratto di lavoro

ESONERO PER SERVIZIO MILITARE VOLONTARIO E SERVIZIO CIVILE

ALLEGARE

- Documentazione probante

Firma _____

DATA _____

FIRMA _____

ALLEGARE: copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.