



**RICHIESTA DI ESONERO DALLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' FORMATIVA PER
ASSISTENZA A PARENTI
PER GRAVI MALATTIE INVALIDANTI O PORTATORI DI HANDICAP**

Il/la sottoscritto/a

codice fiscale

e-mail

iscritto/a all'Ordine degli Ingegneri della Provincia di Napoli al n.

Consapevole delle 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 (art. 76 del D.P.R. 445/2000)

Ai sensi del **"Regolamento per l'aggiornamento della competenza professionale"** di cui al Bollettino Ufficiale del Ministero della Giustizia n. 13/2013 e successive **Linee di Indirizzo** emesse dal CNI

CHIEDE

di ottenere una riduzione del _____ % (dal 30% al 50 % corrispondenti ad un numero di CFP/anno da 9 a 15, in funzione dell'impegno richiesto)

Per poter assistere il proprio _____ (parente*)

Nome e Cognome

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale

A tale scopo

DICHIARA

- di assistere la persona su indicata affetta da grave malattia invalidante / portatore di handicap ed **allega certificato medico che attesta il grado di limitazione**
- di essere a conoscenza dei poteri di controllo del Consiglio dell'Ordine, previsti dall'art. 71 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

Data

Firma

* coniuge, figlio/a, genitore, fratello/sorella (**se genitore, fratello/sorella allegare stato di famiglia**)

Informativa ai sensi del Regolamento Europeo n.679/2016: I dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo, anche con l'ausilio di strumenti informatici.