

Al Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Dottori
Agronomi e dei Dottori Forestali della
Provincia di Potenza

mailto: info@agronimiforestalipotenza.it

POTENZA

Oggetto: **Richiesta esonero dall'obbligo formativo per l'anno _____ (o per il periodo che va dal
..... al)** – **(COGNOME E NOME DELL'ISCRITTO)**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a (.....)
il..... residente a (.....) in via n. domiciliato a
..... (.....) in via n., iscritto/a presso codesto Ordine
professionale al n.

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni
mendaci e di formazione o uso di atti falsi

CHIEDE

l'esonero dall'obbligo formativo per l'anno (o per il periodo che va dal al) ai
sensi dell'*art. 15 del Regolamento CONAF 3/2013 "Regolamento per la formazione professionale continua"*, in quanto
ricorre la seguente ipotesi (*barrare la casella che interessa*):

- maternità** (per 12 mesi) **alla data del parto** (1*);
- grave malattia o infortunio** (determinanti l'interruzione temporale dell'attività professionale per almeno 6 mesi) (1*);
- servizio militare e civile** (determinanti l'interruzione temporale dell'attività professionale per almeno 6 mesi) (1*);
- assenza dall'Italia** (determinanti l'interruzione temporale dell'attività professionale per almeno 6 mesi) (2*).

Si allega documentazione comprovante quanto dichiarato e le motivazioni della richiesta e copia del documento di
identità in corso di validità.

(Luogo, data)

L'iscritto _____

(1*) allegare certificazione (nascita/malattia/infortunio/servizio militare/servizio civile)

(2*) allegare documentazione/attestazione comprovante il motivo e i dettagli dell'assenza dall'Italia

Al Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali della Provincia di Potenza

mailto: info@agronimiforestalipotenza.it

POTENZA

Oggetto: **Dichiarazione stato di esonero dall'obbligo formativo per l'anno _____ (o per il periodo che va dal al)** – **(COGNOME E NOME DELL'ISCRITTO)**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a (.....)
il..... residente a (.....) in via n. domiciliato a
..... (.....) in via n., iscritto/a presso codesto Ordine
professionale al n.

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

di **essere esonerato/a** dall'obbligo formativo per l'anno (o per il periodo che va dal al) ai sensi dell'art. 15 del Regolamento CONAF 3/2013 "*Regolamento per la formazione professionale continua*", in quanto ricorre la seguente ipotesi (*barrare la casella che interessa*):

- o impedimento determinato da cause di forza maggiore o da situazioni incompatibili con lo svolgimento dell'attività professionale (1*);
- o iscrizione al _____ anno del corso di laurea/dottorato di ricerca in _____ presso l'Università _____ per l'A.A. ____/____ e risultato in regola con gli obblighi di frequenza. Dichiaro, inoltre, di essere a conoscenza che ho l'obbligo di 1 CFP di formazione metaprofessionale nel corso del triennio 201_-201_ (2*).

Si allega documentazione comprovante quanto dichiarato e le motivazioni della richiesta e copia del documento di identità in corso di validità.

(Luogo, data)

L'iscritto _____

(1*) allegare documentazione/attestazione comprovante il motivo e i dettagli dell'incompatibilità con lo svolgimento dell'attività professionale

(2*) allegare certificazione universitaria completa di attestazione riguardante le ore di frequenza effettuate sull'intera durata dei corsi e CFU conseguiti

All. 0.2 – Dichiarazione assenza obbligo formativo

Al Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali della Provincia di Potenza
mailto: info@agronimiforestalipotenza.it
POTENZA

Oggetto: **Dichiarazione assenza di obbligo formativo per l'anno _____ (o per il periodo che va dal al)** – **(COGNOME E NOME DELL'ISCRITTO)**

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a (.....)
il..... residente a (.....) in via n. domiciliato a
..... (.....) in via n., iscritto/a presso codesto Ordine
professionale al n.

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

di **non sono tenuto all'obbligo** per l'anno/gli anni (o per il periodo che va dal al ai sensi dell'art. 15 del Regolamento CONAF 3/2013 "Regolamento per la formazione professionale continua", in quanto ricorre la seguente ipotesi (*barrare la casella che interessa*):

- esercizio di attività professionale nell'esclusivo interesse dello Stato o della Pubblica Amministrazione (1*);
- non esercizio della professione, neanche occasionalmente.

Si allega documentazione comprovante quanto dichiarato e le motivazioni della richiesta e copia del documento di identità in corso di validità.

Dichiaro di comunicare eventuale variazione del mio stato professionale, anche in forma occasionale, entro 30 gg. dal conferimento di un incarico.

(Luogo, data)

L'iscritto _____

(1*) allegare eventualmente certificato di servizio