

**DOMANDA DI ESONERO TEMPORANEO DALL'OBBLIGO DI AGGIORNAMENTO DELLA  
COMPETENZA PROFESSIONALE (AI SENSI DELL'ART. 11 DEL  
REGOLAMENTO CNI)**

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. 376/XVIII Sess. del 23/05/2014 – Linee di indirizzo 2
- Circolare CNI n. 450/XVIII Sess./2014 del 19/11/2014 – Linee di indirizzo 3

**C H I E D E**

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

**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** \_\_\_\_\_

**MALATTIA CRONICA**

ALLEGARE

- Certificato medico

#### **ASSISTENZA A FIGLI O PARENTI DI PRIMO GRADO**

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**

Per Malattia cronica o handicap

ALLEGARE

- Certificato medico

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

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

*Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali): I dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono stati richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo, anche con l'ausilio di strumenti informatici. È garantito agli interessati l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs n 196/03.*