**Al Consiglio dell’Ordine degli Architetti, Pianificatori, Paesaggisti**

**Modulo da allegare sulla piattaforma IM@TERIA.**

**e Conservatori della provincia di Potenza**

**OGGETTO: DOMANDA DI ESONERO DALL’ATTIVITA’ DI FORMAZIONE prevista al punto 7 delle vigenti linee guida attuative emanate dal CNAPPC- triennio 2017-19**

Il/La sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Iscritto/a all’Albo al n. \_\_\_\_\_\_\_\_

numero di cell.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 per **l’anno \_\_\_\_\_\_\_\_ per:**

* **maternità, paternità o adozione -** riducendo l’obbligo formativo di 20 CFP per ogni maternità, ivi compresi i 4 cfp obbligatori.

A tal fine allega: certificato di nascita del bambino (o di ingresso in famiglia per le adozioni).

* **malattia grave/infortunio** che determinerà l’interruzione dell’attività professionale per almeno 6 mesi - riducendo l’obbligo formativo di 20 CFP per anno di richiesta, ivi compresi i 4 cfp obbligatori.

A tal fine allega: certificato medico per malattia/infortunio (per un periodo di inabilità di almeno 6 mesi).

* **altri casi di documentato impedimento derivante da cause di forza maggiore e situazioni di eccezionalità** che perdurino per almeno 6 mesi consecutivi - riducendo l’obbligo formativo 20 CFP per anno di richiesta, ivi compresi i 4 cfp obbligatori.

A tal fine allega: documentazione comprovante tale grave impedimento.

* **docenti universitari tempo pieno (ai quali è precluso l’esercizio della professione - L. 382/1980)** - riducendo l’obbligo formativo 20 CFP per anno di richiesta, ivi compresi i 4 cfp obbligatori.

A tal fine con la presente dichiara di essere inserito nell’elenco speciale (L. 382/1980).

* **non svolgimento della professione neanche occasionalmente per l’intera durata dell’anno di richiesta** - riducendo l’obbligo formativo di 20 CFP per anno di richiesta, ivi compresi i 4 cfp obbligatori. A tal fine dichiara di:

· non essere in possesso di partita IVA, personale o societaria, né soggetto al relativo obbligo in relazione ad attività rientranti nell’oggetto della professione;

· non essere iscritto alla Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza, né soggetto al relativo obbligo;

· non esercitare l’attività professionale neanche occasionalmente e in qualsiasi forma **(sia di libero professionista che di dipendente pubblico o privato).**

Il/La richiedente, con la sottoscrizione **si impegna altresì a comunicare all’Ordine l’eventuale perdita del requisito per l’esonero richiesto**, immediatamente al verificarsi dell’evento, con la consapevolezza della decadenza del beneficio dell’esonero per tutto l’anno solare di riferimento.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell’Ordine APPC di Potenza.

*Allegati in un solo file pdf:*

1. *documentazione relativa alla richiesta di esonero.*
2. *documento di identità.*

*Data firma*