**RICHIESTA DI ESONERO**

**Malattia grave, infortunio**

***[punto 7, lett. b) Linee guida]***

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ

(ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Il/La  sottoscritto/a

Nome ……………………………………………….……………..…Cognome………………………...…….…………………………………

Iscritto/a  presso l’Ordine degli Architetti PPC della Provincia di VENEZIA

con il numero……………………………. sezione……....... Codice fiscale …………………………………………………………………..

a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni mendaci, esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti al vero,

**dichiara**

di trovarsi nelle condizioni indicate al punto 7 ) delle Linee Guida, per:

* per malattia grave
* per infortunio

che tale condizione ha comportato l’interruzione dell’attività professionale per almeno sei mesi:

dal …………………………………………………………………………..al ……………………………………………….…………………. e

**chiede**

**l’esonero dall’aggiornamento professionale continuo** per un numero di cfp proporzionali al periodo di non esercizio della professione

A tale scopo si allega:

* certificato medico generico (che attesta il periodo di interruzione dell’attività legato a Malattia/infortunio, non specificare il tipo di malattia o infortunio)
* altro……….

Arch ………………………………………………………….……….firma …………………………………………………………………………

Luogo:…………………………………………………...data:………………………………….

* Si allega alla presente fotocopia del documento di riconoscimento