**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 sottoscritto / La sottoscritta

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 b) delle Linee Guida

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

altro……….

Il sottoscritto / la sottoscritta

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

Luogo: data:

Allegato fotocopia del documento di riconoscimento