Spett.le

Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Trani

116^ Strada a denominarsi, 4

76125 Trani (BT)

**FPC**

FORMAZIONE PROFESSIONALE CONTINUA

**RICHIESTA ESENZIONE**

**Ai sensi del nuovo Regolamento per la formazione professionale continua degli iscritti negli Albi tenuti dagli Ordini dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili**

Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto al n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez.\_\_\_ dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Albo dei dottori commercialisti e degli esperti contabili di Trani,

**AI SENSI DELL’ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000**

Il sottoscritto dichiara altresì di essere informato delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che viene qui di seguito trascritto:

“*1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.*

*2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.*

*3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.*

*4. Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte*”.

**DICHIARA**

(scegliere una delle opzioni e compilare la richiesta)

* ***l’interruzione dell’attività******professionale per un periodo non inferiore a 6 mesi*** originata da (*indicare con X la voce interessata e allegare documentazione probatoria):*
* servizio civile volontario
* malattia
* infortunio
* assenza dall’Italia

*E CHIEDE*

**Ai sensi dell’Art. 8 b) (esenzione per interruzione attività)**: Il riconoscimento totale dell’esenzione dall’obbligo formativo dal ……………………………. al …………………………

**OVVERO**

* ***l’interruzione dell’attività******professionale per un periodo non inferiore a 6 mesi originata da malattia grave debitamente documentata del coniuge, dei parenti e degli affini entro il 1° grado e dei componenti il nucleo familiare***.

A tal fine dichiara che trattasi di (*indicare con una X* e *allegare documentazione probatoria)*:

* patologia irreversibile
* patologia rivedibile in data……………………

*E CHIEDE*

**Ai sensi dell’Art. 8 c) (esenzione per gravi malattie parenti)**: Il riconoscimento totale dell’esenzione dall’attività di formazione dal ……………………………. al …………………………

**OVVERO**

* ***di avere assunto carica pubblica elettiva per la quale la vigente legislazione prevede la possibilità di usufruire di permessi o aspettativa dal lavoro per la durata del mandato.*** - *allegare documentazione probatoria*

*E CHIEDE*

**Ai sensi dell’Art. 8 d) (esenzione per carica pubblica)**: Il riconoscimento dell’esenzione dall’obbligo formativo dal ……………………………. al ………………………….

**OVVERO**

* ***di essere soggetto ad altri casi di documentato impedimento derivante da cause di forza maggiore*** - *allegare documentazione probatoria*

*E CHIEDE*

**Ai sensi dell’Art. 8 e) (esenzione casi di forza maggiore)**: Il riconoscimento dell’esenzione dall’obbligo formativo dal ……………………………. al ………………………….

Il sottoscritto si impegna a comunicare immediatamente a codesto Ordine l’eventuale modifica di quanto sopra dichiarato.

\* \* \*

Si allega la seguente documentazione relativa alla richiesta:

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

..............................................., lì ................

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### **Informativa sul trattamento dei dati personali**

Ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali, la/vi informiamo che i suoi/vostri dati verranno considerati confidenziali e trattati in maniera riservata; essi potranno essere memorizzati con mezzi elettronici, elaborati e diffusi anche a terzi, per finalità collegate all’effettuazione del servizio ed all’elaborazione statistica; tutte le fasi del trattamento potranno avvenire anche attraverso l’ausilio della struttura organizzativa di terzi, ed in particolare della Fondazione dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Trani e del Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, nonché di loro incaricati.

#### La informiamo inoltre che, ai sensi dell’art. 7 del D.Lgs. 196/2003, lei ha il diritto di conoscere, aggiornare, rettificare, cancellare i suoi dati o opporsi all’utilizzo degli stessi, se trattati in violazione alla legge.

#### Titolare del trattamento è l’Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Trani., con sede in Trani, in via giuseppe amorese, 4.

#### **Espressione del consenso al trattamento e trasmissione a terzi dei dati personali**

Il sottoscritto pienamente informato ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. 196/2003, presta il proprio assenso affinché l’Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Trani, quale titolare, proceda al trattamento dei dati personali forniti attraverso il presente modulo in conformità all’informativa ricevuta, nonché alla loro comunicazione a terzi.

..............................................., lì ................

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_