

DICHIARAZIONE DI ESEZIONE DALLA FORMAZIONE PROFESSIONALE CONTINUA
(art. 8 Regolamento FPC, in vigore dal 1° gennaio 2018)

ANNO _____

Io sottoscritto Dott./Rag. _____ nato a _____ il _____

iscritto all'Albo dell'Ordine di Parma al numero _____

Dichiaro

di essere esentato dall'obbligo della formazione continua per l'anno formativo _____ dati i seguenti motivi
(barrare la alternativa che interessa):

- Maternità ¹
- Servizio civile volontario ² *
- Malattia, infortunio (specificare uno dei due) ³ * _____
- Assenza dall'Italia ⁴ *
- Malattia grave del coniuge, parenti ed affini entro il 1° grado e dei componenti il nucleo familiare ⁵*
- Non esercizio della professione ⁶
- Altre cause di impedimento ⁷ _____

Mi impegno inoltre a comunicare tempestivamente qualsiasi cambiamento rispetto a quanto sopra dichiarato.

In fede

Firma

Parma, li _____

* In questi casi l'interruzione della attività professionale deve essere superiore ai sei mesi (allegare dichiarazione)

¹ si allega certificato di nascita o documento comprovante lo stato di gravidanza

² si allega certificato della preposta autorità militare

³ si allega documentazione medica debitamente certificata

⁴ si allega documento comprovante la durata del soggiorno all'estero

⁵ la malattia deve essere debitamente documentata

⁶ si allega dichiarazione nella quale, sotto la propria responsabilità, il sottoscritto sostiene di:

- ✓ non essere in possesso di P.IVA, 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, neanche occasionalmente e in qualsiasi forma, l'attività o le funzioni professionali.

⁷ si allega documentazione comprovante l'impedimento