

Spett.le  
Ordine degli Ingegneri della Provincia di  
GORIZIA

**DICHIARAZIONE ESONERO**  
**OBBLIGO AGGIORNAMENTO DELLA COMPETENZA PROFESSIONALE**  
**ANNO 2019**

Il/la sottoscritto/a

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

iscritto all'Ordine degli Ingegneri della Provincia di Gorizia con il n. \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

**richiede**

l'esonero dall'obbligo di aggiornamento della competenza professionale relativamente all'**anno 2019** per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per i seguenti motivi:

- 1) maternità o paternità (max 12 mesi entro la data del compimento del 2° anno)
- 2) grave malattia o infortunio (min 60gg. max 6 mesi)
- 3) grave malattia o infortunio o grave malattia cronica (oltre 12 mesi)
- 4) assistenza a figli o parenti di 1° grado affetti da grave malattia o infortunio (min 60gg. max 6 mesi)
- 5) assistenza a figli o parenti di 1° grado affetti da grave malattia o infortuni o grave malattia cronica (oltre 12 mesi)
- 6) lavoro all'estero.

Ai fini di quanto sopra, allega **copia di un documento di identità** e relativamente alla richiesta di cui al

punto 1) allega dichiarazione sostitutiva di certificazione;

punti 2) 4) e 6) allega dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;

punti 3) e 5) allega dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con relativo certificato medico e dichiarazione di astensione dal lavoro/professione (Certificati medici e altri documenti contenenti dati sensibili devono essere prodotti in busta chiusa)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(art. 46 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**  
***Punto 1)***

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in

\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs.196/2003

**DICHIARA**

che il/la figlio/a

\_\_\_\_\_

è nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Il dichiarante**

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 T.U. – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**  
**Punto 2 – 3 – 4 – 5 – 6**

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in

\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76 e 75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs.196/2003

**DICHIARA**

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Il dichiarante**

\_\_\_\_\_

- a) la dichiarazione può essere firmata in presenza del dipendente addetto a riceverla
- b) la dichiarazione può essere trasmessa via posta, fax, o via telematica unitamente a copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore