(Da compilare su carta intestata del professionista)

**Spett.le**

**Ordine dei Geologi della Regione Abruzzo**

Piazza Ettore Troilo, 27 - 65127 Pescara

tel. 085/6921317 - fax 085/7999596

*e-mail:* *segreteria@geologiabruzzo.it*

*PEC:* *geologiabruzzo@arubapec.it*

**FORMAZIONE PERMANENTE OBBLIGATORIA**

**PER AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE CONTINUO**

**RICHIESTA DI DEROGA IN AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto Dr. Geologo (Cognome)--------------------------------------------- (Nome) --------------------------------- nato a ------------------------------------------- il ------/ ------/ ------------, residente in ------------------------------------------------- (CAP) ---------------------- Via ------------------------------------------------------------------------------------------- n° ----------------- Codice Fiscale --- --- --- --- --- --- --- --- --- --- ---

 **iscritto all’Ordine dei Geologi della Regione Abruzzo al n°**  A.P. E.S. – sezione A B ed in regola con i contributi per il periodo di riferimento,

- consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall’Ente procedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 45 e 46 del D.P.R. 445/2000),

 - in ottemperanza alla risoluzione del Consiglio Europeo (2002/C 163/01), alle “Norme deontologiche riguardanti l’esercizio della professione di Geologo in Italia”, di cui alla Del. n°143/2006 del CNG -successivamente emendate con Del. n°65/2010;

- e al Nuovo Regolamento per l’Aggiornamento Professionale Continuo in attuazione dell’art. 7 del D.P.R. del 7 agosto 2012, n. 137 – Circolare 377,

**DICHIARA**

di rientrare nel seguente caso previsto all’art. 2 del citato Regolamento:

* Nei casi di gravidanza, fino ad un massimo di un anno, salva diversa certificazione del medico specialista, previa presentazione di una richiesta al Consiglio dell’Ordine Regionale di appartenenza entro trenta giorni dalla data di conoscenza della gravidanza, con allegata documentazione medica attestante il periodo di gravidanza;
* Nei casi di maternità o paternità, fino ad un massimo di due anni, previa presentazione di una richiesta al Consiglio dell’Ordine Regionale di appartenenza entro trenta giorni dalla nascita del figlio, con allegazione della documentazione attestante la maternità o paternità;
* Soggetto che, pur iscritto all’Ordine, non esercita attività professionale libera o dipendente e si impegnano a non svolgere tale attività nel successivo triennio;
* Soggetto che subisca un intervento chirurgico importante invalidante, seppur parzialmente e/o temporaneamente, o risulti affetto da malattia grave (obbligatorietà di presentare documentazione della situazione patologica);
* Assenza dall’Italia per un periodo superiore ad un anno (da inviare entro trenta giorni dal rientro in Italia allegando dichiarazione che attesti il periodo di espatrio);
* Nel caso in cui ci sia causa di gravi e oggettivi impedimenti, diversi da quelli indicati nei punti precedenti, che impedisce lo svolgimento dell’APC, (l’iscritto entro trenta giorni dalla cessazione dell’impedimento dovrà inviare motivata richiesta all’ordine di appartenenza che valuterà la richiesta di esonero e la documentazione comprovante l’impedimento.

pertanto,

**CHIEDE**

 di poter derogare all’espletamento dell’obbligo APC - triennio 20.. – 20..

* per l’intero periodo formativo
* per il periodo dal------/ ------/ ------------ al ------/ ------/ -----------

(\*) E’ lasciata facoltà di chiedere validazione degli eventi formativi agli iscritti all’Elenco Speciale e comunque ai pubblici dipendenti, nonché ai dipendenti di aziende private di chiedere la validazione degli eventi formativi organizzati dalle amministrazioni e dalle aziende di appartenenza.

(\*\*) Obbligo di produzione di dichiarazione-autocertificazione sull’assoluta inesistenza di propria attività professionale.

*N.B.: Per i casi di impedimento sopra elencati, il numero di crediti da maturare sarà ridotto in maniera proporzionale al periodo riconosciuto di sospensione dall’obbligo APC.*

Luogo e Data TIMBRO e FIRMA