(Da compilare su carta intestata del professionista)

Spett.le Ordine dei Geologi

Regione Abruzzo

**FORMAZIONE PERMANENTE OBBLIGATORIA**

**PER AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE CONTINUO**

**RICHIESTA DI DEROGA IN AUTOCERTIFICAZIONE**

**TRIENNIO 2017 - 2019**

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 agli art. 2 e 5 del citato Regolamento:

* Iscritto all’Elenco Speciale (\*)
* Maternità (fino ad un massimo di due anni, salvo certificazione diversa del medico del lavoro)
* Soggetto che, pur iscritto all’Ordine, non esercita attività professionale libera o dipendente(\*\*)
* Soggetto che subisca un intervento chirurgico importante o risulti affetto da malattia grave (obbligatorietà di presentare documentazione della situazione patologica)
* Assenza dall’Italia per un periodo superiore ad un anno (allegare richiesta motivata)

*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.*

* Soggetto che, avendo compiuto il 65° anno di età, non vuole ottemperare all’obbligo APC

*(allegare informativa circostanziata e curriculum professionale del richiedente)*

pertanto, **CHIEDE**

di poter derogare all’espletamento dell’obbligo APC

* 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.

Luogo e Data TIMBRO e FIRMA