

# RICHIESTA DI ESONERO DALL'OBBLIGO FORMATIVO

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

[INVIARE A MEZZO POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA ALL'INDIRIZZO](#)

[PROTOCOLLO.ODAF.AGRIGENTO@CONAFPEC.IT](mailto:PROTOCOLLO.ODAF.AGRIGENTO@CONAFPEC.IT)

[IN ALTERNATIVA DOVRÀ ESSERE INVIATO TRAMITE RACCOMANDATA ALLA SEGRETERIA](#)

[ALLEGANDO UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ](#)

All'Ordine dei dottori Agronomi  
e dei dottori Forestali di Agrigento  
Via Dante n.117 - 92100 Agrigento

Il/la sottoscritt.... \_\_\_\_\_  
nat... a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 e 73 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, sulle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

CHIEDE

- 'ESONERO TEMPORANEO**, ai sensi dell'art. 15, comma 1, del Regolamento CONAF n. 3/2013 - Formazione continua professionale per i dottori Agronomi e dottori Forestali,

per il periodo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/00

che la richiesta viene effettuata per i seguenti motivi:

- maternità
- grave malattia o infortunio per almeno 6 mesi
- servizio volontario militare o civile per almeno 6 mesi
- Assenza dall'Italia per almeno 6 mesi
- Altre motivazioni opportune documentate (derivante da accertate cause di forza maggiore o da situazioni incompatibili con lo svolgimento dell'attività professionale)
- in quanto in regola con gli obblighi di frequenza ai corsi di laurea e ai dottorati di ricerca (limitatamente all'obbligo formativo non afferente all'art. 5, comma 6, del Regolamento 3/2013)

CHIEDE

- 'ESONERO TOTALE** ai sensi dell'art. 15, comma 2, del Regolamento CONAF n. 3/2013 - Formazione continua professionale per i dottori Agronomi e dottori Forestali,

per il periodo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del citato D.P.R. 445/00

che la richiesta viene effettuata per i seguenti motivi:

- attività professionale nell'esclusivo interesse dello Stato o della pubblica amministrazione
- non esercito la professione, neanche occasionalmente

Luogo, Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_