

Dott./Rag. ....  
Via .....  
Comune .....  
Codice fiscale .....  
Tel .....  
e-mail .....

Spett.le  
ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E  
DEGLI ESPERTI CONTABILI DI BUSTO ARSIZIO  
Via Libia 2  
21052 Busto Arsizio VA

## MODELLO UNICO PER RICHIESTA DI ESONERO DEI CREDITI FORMATIVI PROFESSIONALI (CFP)

Il/La sottoscritto/a Nome ..... Cognome .....  
nato/a a ..... Prov ..... il ..... iscritto/a all'Ordine di  
Busto Arsizio dal ..... al n° ..... sez. A / B, ai sensi dell'art. 8 comma 1 del Regolamento per la  
formazione professionale continua degli iscritti negli Albi tenuti dagli Ordini dei Dottori Commercialisti e degli  
Esperti Contabili (*Approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 12 giugno 2019*) ,  
chiede,

di essere esentato dallo svolgimento della "formazione professionale continua" per il seguente motivo (indicare  
con  la ragione per la quale viene richiesto l'esonero):

**MATERNITA'** [art. 8 comma 1 lettera a)] con facoltà dell'iscritta di ripartire la riduzione dei 45 CFP nel periodo  
compreso tra i mesi di gravidanza e più precisamente dal ..... e fino al compimento del primo anno del  
bambino, nato (o data di presunto parto) il .....

I CFP previsti per tale riduzione (n. 45) verranno così suddivisi:

- anno .....: n. crediti ..... (NB: indicare il numero di CFP da ridurre nell'anno di riferimento);
- anno .....: n. crediti ..... (NB: indicare il numero di CFP da ridurre nell'anno di riferimento);
- anno .....: n. crediti ..... (NB: indicare il numero di CFP da ridurre nell'anno di riferimento).

A tal fine si allega uno dei seguenti documenti (indicare con  il documento che si allega):

- certificato di nascita;
- certificato di stato di famiglia
- codice fiscale del/della figlio/a
- documento comprovante lo stato di gravidanza.

**MALATTIA O INFORTUNIO PERSONALI** [art. 8 comma 1 lettera b)] che determina l'interruzione dell'attività  
professionale per **almeno 6 mesi** dal giorno ..... al giorno ..... non derivante da sanzioni  
disciplinari. L'esenzione comporta la riduzione dei CFP da acquisire nel triennio formativo in misura  
proporzionale al periodo di effettiva interruzione dell'attività professionale.

A tal fine si allega certificato medico su carta intestata del medico curante con timbro e firma.

**SERVIZIO CIVILE VOLONTARIO** [art. 8 comma 1 lettera b)] che determina l'interruzione dell'attività professionale  
per **almeno 6 mesi** dal giorno ..... al giorno ..... non derivante da sanzioni disciplinari  
(L'esonero può essere concesso al padre quando la madre non gode dell'esonero, se anche lei iscritta nell'Albo.  
L'esonero è riconosciuto anche ai genitori adottivi o affidatari nel qual caso allegare Decreto del Tribunale).  
L'esenzione comporta la riduzione dei CFP da acquisire nel triennio formativo in misura proporzionale al periodo  
di effettiva interruzione dell'attività professionale.

A tal fine si allega documentazione probatoria.

**ASSENZA DALL'ITALIA** [art. 8 comma 1 lettera b)] che determina l'interruzione dell'attività professionale per  
**almeno 6 mesi**:

- (nel caso di prima richiesta) dal giorno ..... al giorno ..... (indicare se il termine "non è  
prevedibile" nel qual caso la richiesta di esonero dovrà essere presentata ogni anno);

(nel caso di successive richieste alla prima) quale prosecuzione dell'esonero deliberato dal Consiglio Direttivo in data ..... e fino al giorno ..... (indicare se il termine "non è prevedibile" nel qual caso la richiesta di esonero dovrà essere presentata ogni anno);  
e non derivante da sanzioni disciplinari. L'esenzione comporta la riduzione dei CFP da acquisire nel triennio formativo in misura proporzionale al periodo di effettiva interruzione dell'attività professionale.

Nel solo caso di prima richiesta: si allega si allega documentazione relativa all'iscrizione all'AIRE o altra documentazione attestante l'assenza dall'Italia e/o comprovante la durata del soggiorno all'estero che determinano l'interruzione dell'attività professionale.

**MALATTIA GRAVE DEBITAMENTE DOCUMENTATA DEL CONIUGE, DEI PARENTI E DEGLI AFFINI ENTRO IL 1° GRADO E DEI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE** [art. 8 comma 1 lettera c)] che comporti l'interruzione dell'attività professionale dell'iscritto per **almeno 6 mesi**:

(nel caso di prima richiesta) dal giorno ..... al giorno ..... (indicare se il termine "non è prevedibile" nel qual caso la richiesta di esonero dovrà essere presentata ogni anno);

(nel caso di successive richieste alla prima) quale prosecuzione dell'esonero deliberato dal Consiglio Direttivo in data ..... e fino al giorno ..... (indicare se il termine "non è prevedibile" nel qual caso la richiesta di esonero dovrà essere presentata ogni anno);

e non derivante da sanzioni disciplinari. L'esenzione comporta la riduzione dei CFP da acquisire nel triennio formativo in misura proporzionale al periodo di effettiva interruzione dell'attività professionale.

Nel solo caso di prima richiesta: si allega documentazione probatoria.

**ASSUNZIONE DI CARICHE PUBBLICHE ELETTIVE** [art. 8 comma 1 lettera d)] dal giorno..... al giorno ..... per le quali la vigente legislazione preveda la possibilità di usufruire di permessi o aspettativa dal lavoro per la durata del mandato. L'esenzione comporta la riduzione dei credi formativi da acquisire nel triennio formativo in misura proporzionale al periodo di assunzione della carica elettiva.

A tal fine si allega documentazione probatoria.

**ALTRI CASI DI DOCUMENTATO IMPEDIMENTO DERIVANTE DA CAUSE DI FORMA MAGGIORE** [art. 8 comma 1 lettera e)] per il periodo dal ..... al ..... . Il Consiglio dell'Ordine valuta e decide discrezionalmente sulla istanza di esonero.

A tal fine si allega la documentazione comprovante l'impedimento derivante da cause di forza maggiore.

Nel caso di richiesta di esonero per ragioni che comportino l'effettiva interruzione dell'attività professionale il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che per tutto il periodo dell'esonero gli è precluso lo svolgimento di ogni attività professionale propria dei dottori commercialisti ed esperti contabili.

**SI ALLEGA DOCUMENTO DI INDENTITA' oltre a quanto sopra previsto.**

Data .....

Firma .....

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 GDPR, la/vi informiamo che i suoi/vostrì dati verranno considerati confidenziali e trattati in maniera riservata; essi potranno essere memorizzati con mezzi elettronici, elaborati e diffusi anche a terzi, per finalità collegate all'effettuazione del servizio ed all'elaborazione statistica; tutte le fasi del trattamento potranno avvenire anche attraverso l'ausilio della struttura organizzativa di terzi, ed in particolare del Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, nonché di loro incaricati.

Data .....

Firma .....