

All'Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili di Udine

RICHIESTA ESONERO/RIDUZIONE FPC Malattia

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, iscritto/a all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di
Udine Sezione _____ dal _____ al n. _____

CHIEDE

l'esenzione/riduzione dalla Formazione Professionale Continua ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera
d) 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 3 maggio 2023

CHIEDE

il riconoscimento dell'esenzione dalla formazione professionale continua per infortunio; malattia;
malattia grave del coniuge, del convivente, dei parenti e degli affini entro il 1° grado e dei
componenti il nucleo familiare e altri casi di documentato impedimento derivanti da cause di forza
maggiore per l'anno.....

CHIEDE

il riconoscimento della riduzione dei crediti formativi per infortunio; malattia; malattia grave del
coniuge, del convivente, dei parenti e degli affini entro il 1° grado e dei componenti il nucleo
familiare e altri casi di documentato impedimento derivanti da cause di forza maggiore dal
_____ al _____

Il sottoscritto dichiara altresì di essere informato delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità
in atti e dichiarazioni mendaci

Ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, si allega copia fotostatica del documento di identità.

FIRMA

luogo e data