

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  
e) del [Regolamento per la formazione professionale continua degli iscritti negli Albi tenuti dagli  
Ordini dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili](#)

### **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