

FAC-SIMILE DI PRESENTAZIONE
DI RICHIESTA DI ESENZIONE DALL'OBBLIGO FORMATIVO

Luogo e Data

Spett.le
ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI
ESPERTI CONTABILI DI BARI
Via Venezia 13
70122 BARI

RICHIESTA DI ESENZIONE DALL'OBBLIGO FORMATIVO MATERNITA' / MALATTIA
--

Il sottoscritto dott./rag. , iscritto presso codesto Ordine professionale al n.della sezione.....con residenza a..... in via

Con studio a.....in via.....

CHIEDE

il riconoscimento dell'esenzione dall'obbligo formativo per l'anno solare dal al, in quanto si è verificata l'interruzione dell'attività professionale per un periodo superiore a sei mesi originata da (*barrare voce interessata*):

- maternità (certificato medico o certificato di nascita del neonato)
- grave malattia e/o infortunio (certificato medico)
- altri casi documentati (*descrivere*):

ALLEGA (Certificato medico, , certificato di nascita, ecc.....)

1. ;.....
2.
3.

Data, ____/____/____

Firma e sigillo