

**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**

<b>RICHIESTA DI ESENZIONE DALL'OBBLIGO FORMATIVO</b> <b>MATERNITA' / MALATTIA</b>
--

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**