Spett. Consiglio dell’Ordine

dei Dottori Commercialisti

e degli Esperti Contabili

Via Marsala 17

25122 BRESCIA

Il sottoscritto/La sottoscritta Dott./Rag. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto/a all’Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Brescia al N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Chiede l’esonero dall’obbligo della Formazione Continua per l’anno ……..**

per il seguente motivo:

□ MATERNITA’/PATERNITA’ □ PROPRIA MALATTIA GRAVE

□ MALATTIA GRAVE □ DEL CONIUGE

 □ DEL SEGUENTE FAMIGLIARE (:parenti, affini o altri

 componenti il nucleo familiare)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 nominativo

**allega**

**a tal fine la documentazione comprovante i motivi dell’impedimento ad assolvere l’obbligo formativo.**

Distinti saluti,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 luogo e data sigillo e firma