

**DOMANDA DI ESONERO
DALL'ADEMPIMENTO DELL'OBBLIGO FORMATIVO DEGLI ASSISTENTI SOCIALI**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A A.S. _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

IN VIA _____ N. _____

E-MAIL _____

ISCRIZIONE ALL'ALBO REGIONALE AL N. _____ SEZ. _____

Ai sensi dell'art. 6 del Regolamento sulla Formazione Continua degli Assistenti Sociali e degli Assistenti Sociali Specialisti approvato in data 24/10/2009 e dell'art. 9.2 delle Linee Guida Operative per la sperimentazione della Formazione Continua degli assistenti sociali:

CHIEDE l'esonero dalla Formazione Continua per il/i seguente/i motivo/i:

- IMPIEGO PART-TIME* per n _____ ORE alla settimana con contratto dal _____ al _____
(esonero parziale e temporaneo)
Certificazione del datore di lavoro
- DISOCCUPAZIONE (minimo 6 mesi)* dal _____ al _____ (esonero totale e temporaneo)
Autocertificazione + copia carta identità
- ALTRA MANSIONE* dal _____ (esonero totale e temporaneo)
Certificazione del datore di lavoro
- INTERRUZIONE DAL LAVORO* per un periodo non inferiore ai sei mesi (esempio aspettativa non retribuita)
(esonero totale e temporaneo)
Certificazione del datore di lavoro
- TRASFERIMENTO ALL' ESTERO (minimo 3 mesi)* (esonero totale e temporaneo)
Dichiarazione sostitutiva + copia carta identità
- GRAVE INFORTUNIO o MALATTIA* che comporta un'interruzione dell'attività non inferiore ai 6 mesi
(esonero totale e temporaneo)
Certificato medico
- MATERNITA'*: periodo di astensione obbligatoria/facoltativa (evidenziare la voce interessata)
dal _____ al _____
data presunta del parto: _____ data del rientro (previsto): _____
(esonero totale e temporaneo)
Certificato medico
- CONGEDO PARENTALE PER ASSISTENZA FIGLI MINORI* (0-8 anni D. Lgs. 151/2001)
(esonero parziale e temporaneo)
Certificato medico pediatra
- ASSISTENZA AI FAMILIARI* (LEGGE 104/92 art. 3, comma 3)
(esonero parziale e temporaneo)
Certificato di invalidità del parente

- ISCRIZIONE E FREQUENZA AL CORSO DI LAUREA MAGISTRALE (LM- 87 "PROGRAMMAZIONE E POLITICHE SOCIALI")
(esonero totale e temporaneo)
Certificato di iscrizione
- DOCENTE ASSISTENTE SOCIALE RELATIVAMENTE ALLE MATERIE DI SERVIZIO SOCIALE
(esonero parziale e temporaneo)
Autocertificazione
- COMPIMENTO del 35° anno di esercizio professionale
(esonero parziale e definitivo)
Autocertificazione + copia carta identità

Data _____

Firma _____

allegati:

Il sottoscritto dichiara 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, che viene qui di seguito trascritto:

"1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.

3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.

4. Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte".

Data _____

Firma _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali, la/vi informiamo che i suoi/vostri dati verranno considerati confidenziali e trattati in maniera riservata; essi potranno essere memorizzati con mezzi elettronici, elaborati e diffusi anche a terzi, per finalità collegate all'effettuazione del servizio ed all'elaborazione statistica, nonché di loro incaricati.

La informiamo inoltre che, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, lei ha il diritto di conoscere, aggiornare, rettificare, cancellare i suoi dati o opporsi all'utilizzo degli stessi, se trattati in violazione alla legge.

Titolare del trattamento è l'Ordine degli Assistenti Sociali della Regione Lombardia, con sede in Milano, via Stampa n. 15. Tel. 02/86457006 Fax 02/86457059

ESPRESSIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO E TRASMISSIONE A TERZI DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a pienamente informato/a ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, presta il proprio assenso affinché l'Ordine degli Assistenti Sociali di Milano, quale titolare, proceda al trattamento dei dati personali forniti attraverso il presente modulo in conformità all'informativa ricevuta, nonché alla loro comunicazione a terzi.

Data _____

Firma _____