**REGOLAMENTO FORMAZIONE CONTINUA**

**DEI CONSULENTI DEL LAVORO (ART. 21)**

**DOMANDA DI RIPROPORZIONAMENTO CREDITI FORMATIVI**

**Al Consiglio Provinciale dell’Ordine**

**dei Consulenti del Lavoro di TRAPANI**

Il sottoscritto consulente del lavoro sig. / sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto al Consiglio dell’Ordine dei CdL di TRAPANI, al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la presente

**CHIEDE**

Il **riproporzionamento dei crediti** (ai sensi dell’art. 21 del Nuovo Regolamento sulla Formazione Continua Obbligatoria), relativamente al biennio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per i seguenti fatti:

* Malattia
* Infortunio
* Inabilità temporanea
* Disabilità o invalidità
* Compimento del settantesimo anno di età
* Servizio civile
* Richiamo alle armi
* Volontariato e periodi di servizio presso la Protezione Civile
* Soccorso alpino e speleologico
* Maternità, congedi e diritti relativi alla paternità, affidamento o adozione;
* Assistenza prestata ai sensi della legge 104/1992
* Altri casi di documentato impedimento derivante da accertate cause oggettive di forza maggiore

Si allega idonea documentazione comprovante la richiesta di riproporzionamento.

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

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Consulente