

DOMANDA DI ESONERO DALL'OBBLIGO FORMATIVO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____ residente in
_____ Via _____ CAP _____
CF: _____ TEL. _____ MOBILE: _____
e-mail: _____ PEC: _____

iscritto/a all'Albo dei Dottori Agronomi e dei Dottori Forestali della Provincia di CROTONE nella
sezione " ____ " con il numero _____

CHIEDE

di essere esonerato dall'obbligo della formazione **per tutto il triennio** _____ - _____ / **dal**
_____ **al** _____ (cancellare ciò che non interessa) e, a tal proposito,

DICHIARA,

sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, di non aver svolto la libera professione
di Dottore Agronomo/Dottore Forestale per tutto il periodo sopra indicato.

_____, li

Firma