

AL CONSIGLIO DELL'ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI
MACERATA E CAMERINO
P.zza della Libertà, 23 (Palazzo Amici)
62100 MACERATA

Il sottoscritto _____

Codice fiscale _____

CHIEDE

DI ESSERE ISCRITTO AL REGISTRO DEI TIROCINANTI SEZ. A – COMMERCIALISTI TENUTO DA QUESTO ORDINE PER COMPIERE L'ANNO DI TIROCINIO POST CERTIFICATO SEZ. B/ESPERTO CONTABILE, AI SENSI DELL'ART. 14 COMMI 1 E 2 DEL DECRETO N. 143 DEL 7 AGOSTO 2009

e ciò a tutti gli effetti di legge.

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n .445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

di essere:

- nato a _____ prov. (_____) il _____
- residente nel Comune di _____ prov. (_____) cap ____ alla via _____ N. _____ tel. _____
- cittadino italiano, ovvero cittadino di uno Stato membro dell'Unione europea o di uno stato estero a condizione di reciprocità;

di non avere riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa (art. 36, comma 2 D.Lgs. 139/2005);

- Che non risultano carichi pendenti
- Che risultano i seguenti carichi pendenti _____

nel certificato dei carichi pendenti del Tribunale di _____

di trovarsi nel pieno godimento dei diritti civili;

di non essere in rapporto di lavoro

di essere in rapporto di lavoro a tempo _____ con il seguente orario: _____ ;

di essere in possesso del certificato di compiuto tirocinio sez. B “Esperti Contabili” rilasciato dall’ODCEC di _____ -

• di essere in possesso della laurea in _____ della classe delle lauree specialistiche come previsto nell’art. 36 comma 3 parag. a) del D.Lgs. 139/2005, (specificare classe di laurea _____) conseguita presso la facoltà di _____ dell’università di _____ in data _____ ;

Dichiara inoltre:

- di effettuare il tirocinio professionale presso lo studio del professionista _____ sito in _____ presso il quale elegge il proprio domicilio, con il seguente orario:

lunedì _

martedì

mercoledì

giovedì

venerdì

sabato

- di aver preso debita conoscenza del Decreto 7 agosto 2009, n. 143 e di impegnarsi alla sua osservanza.
- di aver preso visione del regolamento sul trattamento dei dati personali.

Comunica il proprio indirizzo di posta:

mail: _____

certificata: _____

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del capo 5 artt:35, 36, 37 del codice deontologico della professione approvato dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili in data 17 dicembre 2015

A corredo della presente domanda il sottoscritto allega i seguenti documenti:

1. attestazione del Professionista presso cui si è stati ammessi a svolgere il tirocinio;

2. marca da bollo da 16,00 Euro;
3. fotocopia documento di identità;
4. fotocopia del codice fiscale
5. n. 2 foto (se proveniente da altro ordine)
6. informativa sulla Privacy firmata

PAGAMENTI

€. 50,00 tassa annuale - va versata tramite la procedura *pagoPA* con accesso sul sito dell'Ordine

In fede

_____, lì _____
