

Spett.le  
ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI  
DEL CIRCONDARIO DEL TRIBUNALE DI VARESE  
Piazza Monte Grappa 4  
21100 VARESE

marca da bollo  
€ 16,00

DOMANDA DI TIROCINIO PER L'AMMISSIONE ALL'ESAME PER L'ABILITAZIONE  
ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI DOTTORE COMMERCIALISTA O  
ESPERTO CONTABILE (in bollo)

Il Sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

#### RIVOLGE DOMANDA

di iscrizione nel **Registro dei Praticanti**, ai sensi del D.M. 7 agosto 2009 n. 143 pubblicato  
sulla G.U. n. 241 del 16.10.2009

- senza CONVENZIONE
- in CONVENZIONE con l'Università dell'Insubria di Varese

Allega:

*Attestazione del Dominus*

*Dichiarazione sostitutiva di certificazione*

*Dichiarazione di consenso espresso ai sensi dell'art. 11/L.675/96 "Privacy"*

*N. 2 fotografie formato tessera*

*Fotocopia del codice fiscale*

*Fotocopia della carta d'identità*

*Schede 1 e 2*

*Attestazione di conformità alla convenzione*

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

Firma

\_\_\_\_\_