

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: _____ PEC: _____

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
