

___/___/___ Sottoscritt___

Cognome _____ Nome _____

nat__ a _____ Prov. _____ il ___/___/___

Residente in _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell. _____ E mail _____

Chiede

di essere ammess ___ a sostenere l'Esame di Stato per l'Abilitazione all'Esercizio della Professione
di **Dottore COMMERCIALISTA** presso codesta sede, per la:

prima sessione **seconda** sessione dell'anno 2014.

A tal fine, **accorda**, ai sensi della L.675/96 e successive modificazioni ed integrazioni (tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali), **il consenso** affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere agli adempimenti di obblighi di legge,

ed essendo a conoscenza delle sanzioni penali in cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non rispondenti a verità, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445,

dichiara

di avere conseguito il :

Diploma di Laurea (Vecchio Ordinamento)

Diploma di Laurea Specialistica (Classe 64/S *scienze dell'economia*)

(Classe 84/S *scienze economiche e aziendali*)

Diploma di Laurea Magistrale (Classe LM 56-S)

(Classe LM 77-S)

in _____

in data ___/___/___ con votazione ___/___ Lode presso l'Università degli Studi _____

_____ Facoltà / Dipartimento di _____;

di avere svolto il periodo di **tirocinio** prescritto dal ___/___/___ al ___/___/___ come da corrispondente annotazione nel Registro dei Tirocinanti (Sezione A) del Collegio dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di _____

con sede in Via/Piazza _____ n. _____ comune _____
prov. _____ c.a.p. _____;

di non avere ancora terminato il periodo di tirocinio prescritto e di completarlo entro la data di inizio degli esami, precisamente il ___/___/_____. Dichiaro, inoltre, che produrrà l'attestato di compimento della pratica professionale prima dello svolgimento degli esami, rilasciato dal Collegio dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di _____ con sede in Via/Piazza _____ n. _____;

(Prima sessione : entro il 17 giugno 2014 / Seconda sessione : entro il 18 novembre 2014)

di non avere presentato in questa sessione ulteriori domande di ammissione per l'abilitazione all'esercizio di altre professioni presso altre Università;

di avere preso visione del Regolamento degli Esami di Stato, approvato con D.R. n. 189 del 3.03.2014 e di essere a conoscenza che non verrà data comunicazione personale in merito alle date, agli orari ed alla sede degli Esami di Stato e che l'unico mezzo di pubblicità sarà il calendario degli Esami pubblicato nel sito web www.unimol.it (links nell'ordine: profilo "Studente" > Segreteria Studenti > Esami di Stato) e nella bacheca della Segreteria Studenti della sede di Campobasso (C/o III^ edificio polifunzionale, Via De Sanctis snc, Campobasso);

di essere portatore di handicap e di necessitare di ausili specifici e/o di tempi aggiuntivi per lo svolgimento delle prove d'esame previste, **come da esplicita richiesta allegata alla presente domanda.**

Allega:

bollettino di versamento di **€ 260,00** sul c.c.p. 11267861 intestato all'Università degli studi del Molise, *Causale : Contributo per l'esame di stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di Dottore Commercialista. ___ sessione , Anno 2014.*

bollettino di versamento di **€ 49,58** sul c.c.p. 1016 intestato a : Agenzia delle Entrate – Centro Operativo Pescara – Tasse Scolastiche. *Causale : Tassa di abilitazione all'esercizio della professione di Dottore Commercialista.*

Fotocopia del documento di identità;

Data

Firma

_____/_____/_____
