

RICHIESTA ESONERO I PROVA SCRITTA DOTTORE COMMERCIALISTA

Al Presidente della Commissione Esami di Stato

Il/la sottoscritto/a _____ Sesso (M / F)
Cognome e Nome

Data di nascita ____/____/____ Comune di nascita _____ Provincia (_)

Nazione _____ Cittadinanza _____

Indirizzo email _____ Telefono cellulare _____

DICHIARO

Di avere conseguito in data _ / _ / _ presso l'università di _

la laurea di secondo livello in _____

affidente alla classe LM 77 84/S LM 56 64/S

DICHIARO inoltre:

di avere svolto un corso di studi all'esito dell'accordo territoriale con l'Ordine di _____

e che, conformemente a quanto previsto dalla Convenzione Quadro fra MIUR e Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di ottobre 2014, il corso di studi:

- prevede nell'ordinamento didattico di fornire le competenze per l'esercizio della professione di dottore commercialista;
- prevede una specifica formazione nelle materie previste dall'art. 4 del D.Lgs/ n.39 del 2010 che costituiscono contenuti obbligatori dell'esame di Stato.

CHIEDO

di essere esonerato dalla prima prova dell'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di dottore commercialista (sezione A dell'Albo).

Prendo atto che saranno effettuati i controlli circa la veridicità delle dichiarazioni sostitutive e, conformemente a quanto previsto dalla normativa sull'autocertificazione, qualora queste non corrispondessero al vero, l'esame potrà essere invalidato e potranno essere applicate le sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R 28/12/2000 n. 445.

_____, ____/____/____
Luogo e data

Firma