

# DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI

(rese ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 – artt. 46, 47, 48 e 76)

## AD USO ISCRIZIONE REGISTRO DEI TIROCINANTI

- da compilare in modo leggibile e consegnare alla Segreteria dell'Ordine contestualmente all'iscrizione -

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Dottore Commercialista  Ragioniere Commercialista  Esperto Contabile iscritto/a nell'Albo dell'O.D.C.E.C. di Nola, *circonscrizione territoriale del Tribunale di Nola (NA)*, nella sezione  A  B al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ consapevole delle responsabilità penali cui incorre in caso di dichiarazioni mendaci, a norma dell'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

### DICHIARA

di avere assolto l'obbligo di formazione professionale continua nell'ultimo triennio certificato dall'Ordine e di avere ammesso il/la dott./dott.ssa \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, (codice fiscale \_\_\_\_\_) a frequentare il proprio studio, ai fini della formazione professionale per la preparazione all'esame di Stato, ed a tal fine

### ATTESTA

che il tirocinio professionale è iniziato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ed è attualmente in corso di svolgimento.

### DICHIARA

, inoltre, che il normale orario di funzionamento del proprio studio e l'orario di frequenza del Tirocinante sono quelli indicati nella tabella di seguito riportata.

Giorni	Orario studio		Orario Tirocinante Tempo pieno		Orario Tirocinante Tempo parziale*	
	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.
Lunedì						
Martedì						
Mercoledì						
Giovedì						
Venerdì						
Sabato						
Domenica						

\* articolo 1 comma 2 del decreto 7 agosto 2009, n. 143.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

timbro e firma del professionista

L'informativa sul trattamento dei dati personali ex artt. 13-14 Reg.to UE 2016/679, è riportata sul sito istituzionale dell'O.D.C.E.C. di Nola al seguente link <https://www.odcec-nola.it/privacy>.