

DOMANDA DI ESONERO DALLA PRIMA PROVA SCRITTA DELL'ESAME DI STATO PER
L'ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE DI
DOTTORE COMMERCIALISTA ED ESPERTO CONTABILE

Al Presidente della Commissione
Esami di Stato di Abilitazione all'esercizio
della professione di Dottore Commercialista
ed Esperto Contabile

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____

via _____

telefono _____ e-mail _____

avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e consapevole che dichiarando il falso vedrà decadere i benefici ottenuti, incorrendo nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. citato, dichiara di essere in possesso dei requisiti indicati nell'Accordo stipulato tra l'Università degli Studi di Sassari, l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Sassari, e l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Tempio Pausania, in applicazione della Convenzione quadro tra il MIUR e il CNDCEC

CHIEDE

di essere esonerato/a dalla suddetta prova dell'esame di Stato per (segnare con una X l'opzione prescelta)

___ ESPERTO CONTABILE

___ DOTTORE COMMERCIALISTA

___ prima sessione

___ seconda sessione

per l'anno _____

Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità di aver conseguito la laurea in data

_____ presso l'Università di _____, corso di Laurea in

_____, classe _____ con

votazione _____.

Si allega dichiarazione sostitutiva del certificato di Laurea con indicazione degli esami sostenuti, dei crediti e dei settori scientifico-disciplinari degli esami medesimi richiesti.

Luogo e data _____

Firma _____