

Università degli Studi di Napoli "Parthenope"



ESAMI DI STATO ANNO - ___^ - SESSIONE 2019 SEZ. A) DELL'ALBO - DOTTORE COMMERCIALISTA

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

resa ai sensi dell'art. 46 del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa DPR n. 445/2000

Il/La Sottoscritto/a

| | | | |
|---------------------|--|-----------------|-----|
| Cognome | | Data di nascita | |
| | | | 1 9 |
| Nome | | Sesso | M F |
| | | Prov. CAP | |
| Comune di nascita | | Prov. CAP | |
| | | N° civico | |
| Comune di residenza | | | |
| | | | |
| Via/Piazza | | | |
| | | | |
| Recapito telefonico | | e-mail | |
| | | | |

DICHIARA

di aver completato il tirocinio professionale in data _____ e che **a seguito di deliberazione** del proprio ordine professionale **è in possesso** del relativo certificato rilasciato dall'Ordine dei dottori commercialisti ed esperti contabili di _____ sez. A) dell'albo.

Data,

Firma _____