Oggetto: Domanda di iscrizione al Registro del Tirocinio

Il/la sottoscritto/a dr/dr.ssa _____ residente a _____

C.F. _____ e-mail: _____

CELL. _____ recapito postale _____

c h i e d e

l'iscrizione al **Registro del Tirocinio**, Sezione **B Esperti Contabili** tenuto dall'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Olbia e Tempio Pausania.

A tale proposito, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76* del D.P.R. 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la propria personale responsabilità, davanti all'incaricato alla ricezione della seguente autocertificazione

DICHIARAZIONE DEFINITIVAMENTE IN SOSTITUZIONE DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 D.P.R. 28.6.2000)

1. di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____
2. di essere residente in _____ prov. _____ via _____ tel _____ C.A.P. _____
3. di essere cittadino italiano
4. di avere conseguito il seguente titolo di studio previsto dall'art. 40 Commi 4 e 5 del D. Lgs. 28.6.2005, N. 139:
 Laurea triennale della classe (17 o 28) _____ conseguita in data _____ presso l'Università degli Studi di _____
 Laurea triennale della classe (18 o 33) _____ conseguita in data _____ presso l'Università degli Studi di _____
5. che il tirocinio si svolgerà contestualmente al biennio di studi finalizzato al conseguimento del diploma di laurea specialistica o magistrale _____ con iscrizione dalla data _____ presso l'Università degli Studi di _____
6. di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel Casellario Giudiziale ai sensi della vigente normativa.
7. di godere dei diritti civili
8. di non essere a conoscenza che a suo carico esistano carichi pendenti presso la Pretura e/o presso il Tribunale.

ALLEGA

- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
- Attestazione del Dominus di inizio tirocinio
- Dichiarazione del *Dominus* di impegno deontologico
- Attestazione del versamento di Euro 155,00 quale diritto di iscrizione al Registro dei Tirocinanti (**Iban: IT79D 03104 84980 00000 0821284**)
- Fotocopia del documento di riconoscimento
- Due fotografie formato tessera

Luogo e data _____

Firma _____

*Art. 76 del D.P.R. 445/2000 (norme penali)

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci forma atti falsi e ne fa uso nei casi previsti dal presente testo è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso

3. Le dichiarazioni sostitutive resi ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2 sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.

4. Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione a arte, il giudice può applicare, nei casi più gravi, l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione o arte

Spett.le

ALLEGATO 1

**ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI
ESPERTI CONTABILI DI OLBIA - TEMPIO PAUSANIA**
Via Longhena, 2 – 07026 Olbia (OT)

Dichiarazione del Dominus di impegno deontologico alla formazione del Tirocinante

Il/la sottoscritto/a dr/dr.ssa _____ (Dominus), iscritto all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Tempio Pausania al n. _____ dal _____, esercitante l'attività di Dottore Commercialista/Esperto Contabile in _____, in Via _____ n. _____, avendo preso visione della normativa vigente (Regolamento del Tirocinio Professionale)

DICHIARA

che il/la dr/dr.ssa _____ (Tirocinante), nato a _____ il _____, residente a _____ Via _____ Cap _____ domiciliato a _____ Via _____ Cap _____ in possesso di Laurea _____ ha iniziato l'attività di praticante a decorrere dal _____, al fine di compiere il periodo di tirocinio di **18 mesi** (Ordinamento Professionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili), necessario per essere ammessi all'esame di Stato e conseguire il diploma di abilitazione alla professione di Esperto Contabile.

A tal fine con la presente

SI IMPEGNA

- a istruire il Tirocinante, anche con esercitazioni pratiche, sulle materie tecniche oggetto della professione e sui principi di deontologia professionale, secondo quanto previsto dall'art. 1 del D.M. 143/2009. In tale opera di formazione professionale agirò in qualità di Dominus in piena libertà intellettuale, sia con l'insegnamento diretto delle materie oggetto di esame di Stato e sia consentendo al Tirocinante la frequenza di appositi corsi integrativi previsti dal menzionato D.M., almeno per le materie per le quali non gli sarà possibile fornire il proprio insegnamento;
- a istruire il Tirocinante sull'osservanza delle norme del Codice Deontologico dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, emanate dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli esperti Contabili.

Il/la sottoscritto/a dr/dr.ssa _____ (Dominus) si impegna inoltre a comunicare per iscritto all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Tempio Pausania la cessazione del tirocinio **entro quindici giorni** dal verificarsi dell'evento, nonché tutti i casi di sospensione temporanea dello stesso (per servizio militare, servizio civile, assenza per maternità, malattia), **entro quindici giorni** dal verificarsi dell'evento.

Il/la sottoscritto/a dr/dr.ssa _____ (Dominus) dichiara di non aver in carico più di tre praticanti (compreso il presente).

Luogo e data _____

Firma del Dominus
(con apposizione del Sigillo)

ATTESTAZIONE

(Art. 7 Co 1 lett. g) del D.M. 7 agosto 2009, N.143)

Il/la sottoscritto/a dr/dr.ssa _____ iscritto/a all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Tempio Pausania al n. _____ dal _____, con studio in _____ Via _____ n. _____ cap _____, tel. _____, fax _____, e-mail _____, PEC _____

ATTESTA

di aver accettato il Dott. _____ nato a _____ (_____) il _____ e residente in _____ (_____) via _____ n. _____ Cap _____ codice fiscale _____ cell. _____ tel. _____ PEC _____ e-mail _____ domiciliato a _____ via _____ n. _____ Cap _____ tel. _____ presso il proprio Studio in _____ via _____ Cap _____

ai fini dell'iscrizione nel Registro del Tirocinio Commercialisti previsto dall'art. 40 del D. Lgs. 28.6.2009, N.139 (Ordinamento Professionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili) per l'ammissione all'esame di abilitazione all'esercizio della professione di Esperto Contabile, a decorrere dal _____ con i seguenti orari:

dalle ore _____ alle ore _____

e dalle ore _____ alle ore _____

pertanto per complessive n. _____ ore settimanali (minimo n. 4 ore al giorno per n. 5 giorni alla settimana – dal lunedì al venerdì) nei giorni di attività del proprio Studio che osserva i seguenti orari da lunedì al venerdì dalle ore _____ alle ore _____

Il sottoscritto è a conoscenza del fatto che il Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili indica tre Tirocinanti come numero massimo presso il medesimo Dominus e in questo momento istruisce il dottor: _____

dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____ oppure non accoglie nessun Tirocinante.

Luogo e data _____

Firma del Dominus
(con apposizione del Sigillo)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28.6.2000, N. 445)

Il/la sottoscritto/a dr/dr.ssa _____ nato/a a _____
_____ il _____, residente a _____ (Cap _____)
in Via _____ nr. _____ consapevole delle responsabilità e
delle sanzioni penali previste dall'art. 76* del DPR 445/2000 per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e sotto la
propria personale responsabilità

DICHIARA

di non avere alcun rapporto di dipendenza né di prestazione d'opera nei confronti di alcuna società o Ente.

di essere dipendente della sottoscritta società o Ente e più precisamente:

SOCIETÀ O ENTE: _____

SEDE LEGALE _____

LUOGO DI LAVORO _____

ORARIO DI LAVORO _____

se sussistono altri rapporti di prestazione d'opera, anche gratuita, indicarli qui di seguito:

di essere iscritto al Registro del Tirocinio tenuto dall'Ordine dei DCEC di Olbia e Tempio Pausania presso lo
studio
del Dott./Rag. _____

ovvero

che inizierà a svolgere il Tirocinio Professionale in data _____ presso lo studio del
Dott./Rag. _____

Luogo e data _____

Firma del Tirocinante