

Università degli Studi di Napoli "Parthenope"



ESAMI DI STATO ANNO - ____ SESSIONE 2017 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 _____