

**DA STAMPARE E COMPILARE MANUALMENTE**

Marca da bollo

€16,00

Spettabile

Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabile di Cagliari

Viale Trento n. 94 - 09123 Cagliari

Il/La sottoscritto/a (cognome)....., (nome).....  M  F

codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'iscrizione oppure  l'iscrizione per il trasferimento dall'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di.....

nella sezione: A  (Tirocinanti Dottori Commercialisti)  B (Tirocinanti Esperti Contabili)

al Registro dei Tirocinanti ai sensi del Decreto del MIUR 7 agosto 2009 n.143, pubblicato sulla G.U. – serie generale n. 241 del 16 ottobre 2009.

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000

**DICHIARA**

di essere nato/a a: \_\_\_\_\_, il: \_\_\_\_\_

di essere residente a: \_\_\_\_\_, prov: \_\_\_\_\_

C.A.P.: \_\_\_\_\_, via: \_\_\_\_\_, numero: \_\_\_\_\_

Tel residenza: \_\_\_\_\_, Cellulare: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>di essere domiciliato a: \_\_\_\_\_, prov: \_\_\_\_\_

C.A.P.: \_\_\_\_\_, via: \_\_\_\_\_,

numero: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_,

Cellulare: \_\_\_\_\_

di voler ricevere la corrispondenza presso: (barrare la voce interessata)

- Residenza
- Domicilio

*Inserire in questo spazio la propria foto in formato tessera e apporre tra la foto e il foglio la firma e l'impronta del sigillo identificativo professionale del Dominus*

<sup>1</sup> (da compilare solo se diverso dalla residenza)

- di essere cittadino/a: \_\_\_\_\_

di essere in possesso del diploma di laurea<sup>2</sup>

- quadriennale in: \_\_\_\_\_ rilasciato dalla facoltà di economia
- triennale 17 classe delle lauree in scienze dell'economia e della gestione aziendale  triennale L-18 classe delle lauree in scienze dell'economia e della gestione aziendale  triennale L-33 classe delle lauree in scienze economiche  triennale 28 classe delle lauree in scienze economiche  \_\_\_\_\_

- specialistica LM-56 classe delle lauree in scienze dell'economia  specialistica 64/s classe delle lauree in scienze dell'economia  specialistica LM-77 classe delle lauree in scienze economico-aziendali
- specialistica 84/s classe delle lauree in scienze economico-aziendali  \_\_\_\_\_

conseguito presso l'Università

di: \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

con votazione : \_\_\_\_\_

- di **NON** aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, relativi al reato di GUIDA IN STATO DI EBBREZZA IN CONSEGUENZA DELL'USO DI BEVANDE ALCOLICHE
- di **NON** aver riportato condanne penali e 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 RELATIVE A QUALSIVOGLIA ALTRO REATO
- di **NON** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- di **AVER** riportato condanne/di **ESSERE** a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali:
- 

---

### DICHIARA INOLTRE

di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 42 del D.Lgs. 139/2005 e del D.M. 143/2009, nonché dalle note interpretative emanate dal CNDCEC con circolare informativa del 25/05/2010.

---

<sup>2</sup> indicare solamente il titolo posseduto al momento della presentazione della domanda di iscrizione

di NON essere dipendente oppure

di essere dipendente presso (Società o Ente) - indirizzo....., tel.  
.....

a tempo pieno (orario.....)  a tempo parziale (orario.....)

di NON svolgere /  di svolgere un lavoro di collaborazione professionale

• - Presso (Società o Ente).....

• - indirizzo....., tel. ....

di svolgere /  di NON svolgere attività d'impresa

• - Presso (Società o Ente).....

• - indirizzo....., tel. ....

di svolgere /  di NON svolgere il servizio militare o il servizio civile

- Presso ..... (fino alle ore.....)

garantendo lo svolgimento del tirocinio per il numero minimo di ore previste: 4 (quattro) ore giornaliere, consecutive, da lunedì a venerdì, mattina o pomeriggio, nei normali orari di apertura dello Studio.

di usufruire della Borsa di Studio prevista dal D.M. 143/2009 art. 1 comma 6

il tirocinio è svolto sotto forma gratuita, con rimborso delle spese eventualmente sostenute nell'interesse del Dominus presso il quale svolge il tirocinio (D.M. 143/2009 art. 1 comma 6)

Dichiaro, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Dichiaro, altresì, di aver preso visione, del Regolamento del Tirocinio Professionale D.M. 7 agosto 2009 n. 143 per l'ammissione all'esame di abilitazione all'esercizio della professione di dottore commercialista e di esperto contabile, ai sensi dell' art. 45 comma 2 D.Lgs. 28 giugno 2005 n. 139.

Allega alla presente domanda la seguente documentazione:

attestazione del dominus  Elenco Materie  fotocopia documento dominus

fotocopia carta d'identità del richiedente  fotocopia del codice fiscale del richiedente

n.2 fototessere  ricevuta tassa iscrizione al Registro (bollettino c/c postale – bonifico bancario)  modulo trattamento dati personali  dichiarazione datore di lavoro  nullaosta

Cagliari, .....

Firma

ATTESTAZIONE DOMINUS (ALL 2)

DA NON RIBATTERE MA SOLO DA STAMPARE SU CARTA INTESATA DEL DOMINUS

Spettabile Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Cagliari

Viale Trento n. 94 - 09123 Cagliari

**Attestazione del Dominus**

**resa ai sensi dell'art. 7 comma 1 lettera g, del D.M. 7 agosto 2009 n. 143**

Il/La sottoscritto/a

(Cognome)\_\_\_\_\_ (Nome)\_\_\_\_\_

Dottore Commercialista/Esperto Contabile iscritto presso l'Ordine di Cagliari, al n.\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_\_

con studio in \_\_\_\_\_, via\_\_\_\_\_

tel\_\_\_\_\_ , fax\_\_\_\_\_ , PEC\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- **di essere iscritta/o all'Albo nella Sezione A B da più di cinque anni**
- **di aver assolto nel triennio precedente all'obbligo della Formazione Professionale Continua**
- **di non essere sottoposto a procedimenti disciplinari;**

di aver accettato il/la dott./dott.ssa (Cognome)\_\_\_\_\_ (Nome)\_\_\_\_\_

**residente a:**

(Comune)\_\_\_\_\_ (Prov.)\_\_\_\_\_ in

(Indirizzo)\_\_\_\_\_ (n.)\_\_\_\_\_ C.A.P.\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

presso il proprio Studio ai fini dello svolgimento del periodo di tirocinio che viene svolto a

tempo pieno

tempo parziale nei giorni di:

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

Si ricorda che il numero minimo di ore previste per il tirocinio è di 4 (quattro) ore giornaliere, consecutive, da lunedì a venerdì, mattina o pomeriggio, nei normali orari di apertura dello Studio.

**Dichiara altresì che il sopracitato tirocinante:** (scegliere un'opzione)

è l'unico tirocinante nel proprio Studio

è il  secondo  terzo tirocinante ammesso a frequentare il proprio Studio.

ha iniziato l'attività di tirocinante a decorrere dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_, al fine di compiere il periodo di tirocinio di cui all'art. 1 de l D.Lgs. 17 febbraio 1992 n. 206 necessario per partecipare all'esame di stato e conseguire l'abilitazione a svolgere la professione di Dottore Commercialista / Esperto Contabile.

A tal fine il **Dominus** 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 agirà 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 sottoscritto Dott. .... si impegna inoltre a comunicare per iscritto all'Ordine di appartenenza l'interruzione o la cessazione del tirocinio entro trenta giorni dal verificarsi dell'evento, nonché in tutti gli altri casi di sospensione dello stesso, entro quindici giorni dal verificarsi dell'evento, qualora non abbia provveduto il Tirocinante.

In fede

....., il .....

.....

firma del Dominus e impronta sigillo identificativo

Spettabile

(ALL 3)

Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabile di Cagliari

Viale Trento n. 94 - 09123 Cagliari

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa.....(Dominus), in relazione all'attività professionale svolta nel proprio Studio, comunica l'elenco delle materie per le quali è in grado di assicurare la formazione teorico/pratica del Tirocinante:

**MATERIE AZIENDALI**

- Ragioneria generale ed applicata
- Ragioneria delle aziende pubbliche
- Revisione aziendale
- Tecnica industriale e commerciale
- Tecnica Professionale
- Finanza aziendale
- Tecnica bancaria

**MATERIE GIURIDICHE**

- Diritto privato
- Diritto commerciale
- Diritto fallimentare
- Diritto tributario
- Elementi di diritto del lavoro e della previdenza sociale
- Elementi di diritto processuale civile e penale

**ALTRE**

- Informatica
- Statistica
- Economia Politica
- Matematica
- .....

□ .....

Cagliari, li

In fede