

Il sottoscritto Dott. _____;

Codice fiscale: _____;

CHIEDE

di essere iscritto nel **Registro dei Praticanti** tenuto presso codesto Ordine nella

Sezione A Dottori Commercialisti

- All'uopo dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000

- - di essere nato a _____ il _____;
- - di essere residente a _____ CAP _____;
- via _____ n. _____ tel. _____;
- cell. _____ (_____); e-mail _____

pec _____

- - di essere domiciliato a _____ in via _____
- n. _____ tel. _____ presso lo studio del dott./rag. _____;

- - di essere cittadino _____;

- - di godere del pieno esercizio dei diritti civili; di essere di buona condotta morale e civile;

- - di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso; (*)

- - di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

- - di non essere attualmente iscritto/a nel Registro dei Tirocinio di altro Ordine;

- - di aver compiuto in data _____ il tirocinio da esperto contabile essendo stato iscritto nel Registro del Tirocinio tenuto dall'Ordine di _____;

(da compilare solo per coloro che hanno compiuto il tirocinio da esperto contabile)

- - di aver conseguito il seguente titolo di studio

☐ la laurea di durata quadriennale in _____

☐ laurea magistrale, nella classe _____ del corso _____

☐ laurea di I livello di durata triennale, nella classe _____ del corso _____

presso l'Università di _____ il _____;

solo per coloro che sono in possesso di laurea triennale e stanno frequentando un corso di laurea Magistrale:

- - dichiara di essere iscritto **all'ultimo anno** del corso di **laurea magistrale in convenzione**
_____ appartenente alla seguente classe: _____

☐ classe LM/56 ovvero 64S (Scienze Economiche)

☐ classe LM/77 ovvero 84S (Scienze Economiche Aziendali)

Presso l'Università di _____

Di essere immatricolato al suddetto corso nell'anno accademico: _____

Che il proprio tutor accademico è il Prof. _____

docente presso il Dipartimento presso il quale è attivato il corso di studio.

L'informativa per il Trattamento dei Dati conferiti è pubblicata sul sito Istituzionale al seguente link:

[Privacy](#).

Foggia, li _____

Firma

- **N.B. Il praticante è tenuto a comunicare al Consiglio dell'Ordine ogni variazione dati entro 15 giorni**

(da redigersi a cura del professionista su carta intestata)

Spett.le
**ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI FOGGIA**
Via della Repubblica, 25
71121 FOGGIA FG

Il sottoscritto _____,
iscritto presso l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Foggia al n°
_____ della sezione A ☐ Sez. B ☐, con studio a
_____, in via
_____,
orario di studio dalle ore _____ alle ore _____, dalle ore _____ alle ore _____,
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che il dott. _____, nato a
_____ il _____,
residente a _____,
in via _____ tel. _____
cod.fisc. _____ svolge il tirocinio professionale presso
lo studio con il seguente orario:

- ☐ A tempo pieno dalle ore alle ore
☐ A tempo parziale dalle ore alle ore

Solo per coloro che non hanno conseguito la laurea Magistrale

Che ai sensi della Convenzione siglata tra l'Ordine di _____ e l'Università di
_____ il tirocinio professionale sarà svolto per sei mesi in
concomitanza con l'ultimo anno del corso di Laurea magistrale, con numero di ore pari a _____¹

Data _____

In fede

(timbro e firma del professionista)

¹ Si precisa che:

la Convenzione siglata tra Università degli Studi di Foggia ed ODCEC di Foggia- Lucera – Trani prevede un numero di ore pari a 300 (12CFU).

(da redigersi a cura del professionista su carta intestata)

Spett.le
ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI FOGGIA
Via della Repubblica, 25
71121 FOGGIA FG

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO DEONTOLOGICO ALLA FORMAZIONE DEL
PRATICANTE**

Il sottoscritto dott./rag....., iscritto all'Albo dei
Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili della Circoscrizione del Tribunale
di....., esercitante l'attività di Dottore
Commercialista/Ragioniere Commercialista nel proprio Studio Professionale sito
in.....alla via.....

dichiara

che il dott..... (praticante),
nato a il.....e
residente in.....,
via, ha iniziato l'attività di praticante al fine
di compiere il periodo di tirocinio ai sensi dell'art. 9 comma 6 D.L. 24.01.2012, e succ. regolamento.

A tal fine il sottoscritto si impegna ad istruire il praticante, anche con esercitazioni pratiche, sulle
materie tecniche oggetto della professione e sui principi di deontologia professionale, secondo quanto
previsto dal D.Lgs. 139/05.

(Luogo e data).....

In Fede

DICHIARAZIONE DEI RAPPORTI DI DIPENDENZA E/O COLLABORAZIONE

Spett.le
ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI FOGGIA
Via della Repubblica, 25
71121 FOGGIA FG

(da compilarsi a cura del praticante)

- ☐ Il sottoscritto dott.....(praticante) dichiara di essere dipendente della sottoscritta società, ditta, ente ed in relazione a tale rapporto di lavoro fornisce i seguenti dati:

Società, Ditta, Ente

Sede legale

Luogo di lavoro

Orario di lavoro

CCNL Livello

Data di assunzione

- ☐ Se sussistono altri rapporti di prestazione d'opera, anche gratuita, indicarli qui di seguito:

.....

- ☐ Il sottoscritto dott.....(praticante) dichiara di non aver alcun rapporto di dipendenza né prestazione d'opera nei confronti di alcuna società, ditta, ente.

- ☐ Se sono in corso il servizio militare, il servizio civile o altri impegni aventi carattere continuativo indicarne la tipologia, il luogo e gli orari di svolgimento:

.....

.....

.....

(Luogo e data).....

In Fede
