

**AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DELL'ORDINE
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI
- CIRCOSCRIZIONE TRIBUNALE DI FOGGIA -**

Il/la sottoscritto/a Dott. (cognome) _____ (nome) _____,
premessi che:

- è in possesso dei requisiti richiesti dal D.Lgs. 28.06.2005 n. 139 e dal D.M. 7 agosto 2009, n. 143;

CHIEDE

di essere trasferito/a nel Registro dei Praticanti dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili della circoscrizione del Tribunale di Foggia Sez. A ☐ Sez. B ☐, essendo attualmente iscritto/a nel Registro dei Praticanti dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili della circoscrizione del Tribunale di _____

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 a _____ il _____;
- di essere residente in _____ CAP _____;
Via _____ n. _____;
- di essere domiciliato/a in _____ CAP _____;
Via _____ n. _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere il pieno godimento dei diritti Civili;
- di non aver riportato condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso ⁽¹⁾;
- di aver conseguito la Laurea magistrale (classe LM 56 ☐ LM 77 ☐) o specialistica (classe 64/S ☐ 84/S ☐) in _____ presso l'Università di _____ il _____;
- di aver conseguito la Laurea Triennale (classe L17 ☐ L28 ☐ L18 ☐ L33 ☐) in _____
presso l'Università di _____ il _____;
- che i documenti eventualmente allegati sono conformi agli originali ai sensi dell'art. 2 del D.P.R. 20 ottobre 1998 n. 403.

L'informativa per il Trattamento dei Dati conferiti è pubblicata sul sito Istituzionale al seguente link: [Privacy](#).

Codice Fiscale _____ / _____ / _____ / _____ /

Recapito Telefonico _____ cell. _____ -

e-mail: _____

Pec: _____

Allega i seguenti documenti:

⁽¹⁾ In caso contrario indicare le eventuali condanne penali riportate, gli estremi delle relative sentenze e i procedimenti penali eventualmente pendenti.

1. ricevuta di € 500,00, quale tassa di iscrizione, con versamento a mezzo PagoPA collegandosi al sito https://cittadino.plugandpay.it/ODCEC_FG/.

Istruzioni per il pagamento

2. n° 2 fotografie formato tessera;
3. Fotocopia di un documento di identità valido;
4. Fotocopia del codice fiscale
5. Certificato di attestazione di tirocinio del professionista; **N.B. Il professionista deve avere un'anzianità di iscrizione all'Albo prof.le di almeno 5 anni;**
6. Dichiarazione di impegno deontologico alla formazione del praticante;
7. Dichiarazione dei rapporti di dipendenza e/o di collaborazione;
8. _____

Firma

Data _____

(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
_____ al n° _____ della sezione A ☐ Sez. B ☐,
con studio a _____,
in via _____,
orario di studio dalle ore alle ore
sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che il dr. _____,
nato a _____ il _____,
residente a _____,
in via _____ tel.cell _____
cod.fisc. _____ svolge il tirocinio professionale presso il
suo studio dal _____ con il seguente orario:

☐ A tempo pieno dalle ore alle ore

☐ A tempo parziale dalle ore alle ore

Data _____

In fede

(timbro e firma del professionista)

(da redigersi a cura del professionista su carta intestata)

**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 a
decorrere dal giorno.....al fine di compiere il periodo di tirocinio previsto.

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

(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

Su carta intestata
dello studio professionale presso il quale si è
interrotto il tirocinio

Spett.le
Consiglio dell'Ordine dei
Dottori Commercialisti ed Esperti
Contabili di Foggia
Via della Repubblica, 25
71121 Foggia

**INTERRUZIONE DEL TIROCINIO PER L'AMMISSIONE ALL'ESAME PER
L'ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI DOTTORE
COMMERCIALISTA / ESPERTO CONTABILE**

Il/la sottoscritto/a, Dottore
Commercialista/Esperto Contabile iscritto/a presso l'Ordine di,
con studio in Via,
tel.

ATTESTA

che il/la Dott./ssa nato/a a
il e residente in Via
ha interrotto il periodo di tirocinio in data, come risulta dal libretto di
tirocino.

Data,.....

in fede

.....
(firma del professionista)

Allegare fotocopia di un documento del Professionista in corso di validità