

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CONSEGUIMENTO DELL'ABILITAZIONE PROFESSIONALE
AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445**

Al Presidente della Commissione Esami di Stato
 Ufficio PhD & Summer University
 Viale Romania 32 - 00197 Roma

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

cognome	nome		
data di nascita	comune di nascita	provincia o stato di nascita	cittadinanza
comune di residenza			provincia
via/piazza	civico	CAP	codice fiscale
Telefono fisso	Telefono cellulare	e-mail (scrivere in stampatello)	

dichiara:

di aver conseguito l'abilitazione per l'esercizio della professione di:

DOTTORE COMMERCIALISTA

ESPERTO CONTABILE

avendo superato le prove dell'esame di Stato in data _____

presso _____

di essere iscritto alla Sezione _____ dell'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili

di _____
(città e indirizzo completo)

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76, D.P.R. 28.12.2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci.

Ai sensi del D.Lgs. n.196 del 30 giugno 2003, i dati forniti dal candidato saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della procedura concorsuale.

Luogo e Data

Firma
