

**Al Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili**  
**Per la circoscrizione del Tribunale di Pisa**  
Piazza Vittorio Emanuele II 2 -56125 Pisa

Il sottoscritto dottore/La sottoscritta dottoressa			
Nome		Cognome	
Luogo di nascita	data di nascita	codice fiscale	
Comune di residenza			cap
Indirizzo		Recapiti telefonici	
Indirizzo e-mail			
(eventuale domicilio)			

**CHIEDE**

di essere iscritto nel registro dei Tirocinanti ai sensi dell' art 40 D.Lgs. 28.06.2005 n. 139 nella sezione:

- A Tirocinanti commercialisti** comma 4     **B Tirocinanti esperti contabili** comma 5

**A tal proposito dichiara, sotto la propria responsabilità:**

*(barrare la caselle interessate)*

1. di aver conseguito il diploma di laurea in \_\_\_\_\_

<b>A) Specialistica</b> della classe <input type="checkbox"/> 64/S o LM 56 in scienze dell'economia <input type="checkbox"/> 84/S o LM 77 in scienze economico aziendali <input type="checkbox"/> altra laurea rilasciata dalla <b>Facoltà di Economia</b> secondo l'ordinamento previgente ai decreti emanati in applicazione dell'art. 17 c 95 L 15 maggio 1997 n. 127 (indicare quale)	<b>B) Triennale</b> della classe <input type="checkbox"/> L17 o L18 in scienze dell'economia e della gestione aziendale <input type="checkbox"/> L28 o L33 in scienze economiche
--	--

presso L'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ nell'anno accademico \_\_\_\_\_;

2. di essere stato/stata ammessa a frequentare lo Studio del Dott./della Dott.ssa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ iscritto/a all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti contabili di Pisa al nr° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

3. di eleggere il proprio domicilio, ai fini del rapporto di tirocinio presso lo studio del dominus.

• 4. • di non essere iscritto ad altro Albo Professionale (*oppure*)

• di essere iscritto all'Albo \_\_\_\_\_ fino dal \_\_\_\_\_;

5. • di non intrattenere, alla data odierna, rapporti di lavoro dipendente. (*oppure*)

• di avere un rapporto di lavoro dipendente presso \_\_\_\_\_ che comporta il seguente orario di lavoro \_\_\_\_\_;

Lo scrivente si impegna a comunicare, entro 15 giorni dal suo verificarsi, ogni variazione che dovesse intervenire a quanto sopra riportato ai punti 2, 3 e 5.

Pisa, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma

Allegati: Certificato di Laurea;

Certificato del professionista attestante il tirocinio del praticante

N° 2 Fotografie formato tessera