

**DOMANDA DI ISCRIZIONE NEL REGISTRO DEL TIROCINIO
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI CIVITAVECCHIA**

BOLLO
€ 16,00

**SPETT.LE ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI CIVITAVECCHIA**
CIRCOSCRIZIONE DEL TRIBUNALE DI CIVITAVECCHIA
VIA PRINCIPE UMBERTO N. 3
00053 – CIVITAVECCHIA (RM)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, telefono _____ Fax _____ Cell _____ indirizzo
e-mail: _____

CHIEDE

l'iscrizione nel Registro dei tirocinanti, sezione

Sez A Sez B

A tal fine

Il/La sottoscritto/a Dott./D.ssa _____
ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in materia di snellimento dell'attività amministrativa e
consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 cui si va incontro in caso
di dichiarazione non corrispondente al vero

DICHIARA

Di essere nato/a a _____ prov. (____) il _____

Di essere residente in: _____ prov. (____) Via _____ n. _____

Di avere domicilio professionale in _____ alla Via _____

Tel. _____ fax _____ Cell _____

Di essere cittadino _____

Di essere titolare del seguente codice fiscale _____

Di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

classe _____ conseguito in data _____ presso _____

Di svolgere il tirocinio professionale presso il Dott./Rag. _____

con studio in _____

Che nel certificato generale del Casellario giudiziale risulta a suo nome

nulla

Oppure

Che risulta _____

Che nel certificato dei carichi pendenti presso la competente procura della Repubblica risulta a suo nome

nulla

Oppure

Che risulta _____

Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

Di godere del pieno esercizio dei diritti civili

Di essere in possesso del seguente indirizzo PEC _____

Di non avere in corso rapporti di lavoro

Oppure

Di avere in corso rapporti di lavoro presso _____ con il
seguente orario _____

Civitavecchia _____

Firma _____

Allega alla presente domanda:

- **Fotocopia documento valido**
- **Fotocopia codice fiscale**
- **N. due foto formato tessera**
- **Fotocopia del bonifico di pagamento della quota di iscrizione di € 200,00 all'ODCEC di Civitavecchia (IBAN IT49J0306939042100000001931 – Intesa San Paolo S.p.A. Sede - (tirocinanti in sez. A e Sez. B);**
- **Dichiarazioni del professionista / dominus di cui all'art 7 comma 1 lettere g) ed i) del D.M. 7 agosto 2009 n, 143**

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 La informiamo che i dati da Lei forniti verranno utilizzati per le finalità relative all'iscrizione nel registro del tirocinio.

I dati saranno conservati nel nostro archivio e trattati, anche con strumenti informatici, per le finalità su indicate.

Tutte le fasi del trattamento potranno avvenire anche attraverso l'ausilio della struttura organizzativa di terzi ed in particolare di Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili.

Il/La sottoscritto/a presta il proprio assenso affinché l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Civitavecchia, quale titolare, proceda al trattamento dei dati personali forniti in conformità all'informativa ricevuta.

Firma _____