



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

Area servizi alla didattica e internazionalizzazione  
Settore Servizi alla Didattica  
Ufficio Post Lauream

## ALLEGATO A

### Dichiarazione sostitutiva di certificazione del titolo di accesso e dello svolgimento del Tirocinio

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

#### DICHIARA AI SENSI DEL T.U. 445/2000

- di essersi iscritto alla *prima/seconda* sessione dell'anno \_\_\_\_\_ all'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di (indicare quale)

- DOTTORE COMMERCIALISTA
- ESPERTO CONTABILE

- di essere in possesso della laurea in \_\_\_\_\_ (cl. \_\_\_\_\_)\* conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ ;

- di avere compiuto regolarmente il tirocinio necessario ai fini dell'accesso all'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di DOTTORE COMMERCIALISTA/ESPERTO CONTABILE, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'Ordine di \*\* \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

#### OVVERO

- di dover terminare il tirocinio il \_\_\_\_\_ (entro il giorno precedente l'inizio della sessione d'esame). Qualora ciò non avvenga si impegna a comunicare la rinuncia via e-mail a [esamidistato@amm.units.it](mailto:esamidistato@amm.units.it)

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che in base al D.P.R. 7 agosto 2012 n. 137, qualora il tirocinio abbia avuto inizio successivamente al 15 agosto 2012 avrà una validità di *cinque anni* a decorrere dal completamento dello stesso.

(\*) per i titoli conseguiti ai sensi del D.M. 509/99 o del D.M. 270/04 indicare la classe

(\*\*) indicare l'Ordine che ha approvato il periodo di tirocinio

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_