

**FAC SIMILE DA RIPRODURRE A CURA DEL TIROCINANTE**

Al Consiglio dell'Ordine dei  
DOTTORI COMMERCIALISTI  
E DEGLI ESPERTI CONTABILI

S E D E

**DOMANDA ISCRIZIONE REGISTRO TIROCINANTI**

San Marino, lì

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice ISS \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto / a nel Registro dei Tirocinanti tenuto presso Codesto Ordine ai sensi dell'art. 8 dello Statuto approvato con DD 29 dicembre 2010 n. 201, per l'ammissione all'esame di abilitazione all'esercizio della professione di dottore commercialista e di esperto contabile, nella sezione:

**A – Dottori Commercialisti**

**B – Esperti Contabili**

A tal proposito e consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge per le ipotesi di falsità degli atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**dichiara**

1. di essere in possesso del diploma di laurea:  triennale  specialistica  
in \_\_\_\_\_ nella classe di laurea \_\_\_\_\_  
conseguito in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_
2. che a decorrere dal \_\_\_\_\_ frequenta i corsi universitari per il conseguimento della laurea specialistica in \_\_\_\_\_  
presso l'Università di \_\_\_\_\_.
3. di non aver presentato domanda di iscrizione presso altri Ordini;
4. di effettuare il tirocinio professionale presso lo studio del dott. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. di essere domiciliato professionalmente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. di voler ricevere la corrispondenza presso:  residenza  domicilio professionale
7. di essere dipendente della società, ditta o ente \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ e di svolgere il seguente orario di lavoro \_\_\_\_\_;

8. di svolgere altre attività non occasionali (specificare attività o orario):

\_\_\_\_\_

9. di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 6, comma 2, dello Statuto, nonché dalle note e circolari interpretative emanate dal Consiglio dell'Ordine.

#### **Dichiara altresì**

di essere a conoscenza e di accettare le norme che disciplinano la pratica professionale emanate con il DD 201/2010 e con lo Statuto, i Regolamenti e le circolari del Consiglio dell'Ordine e si impegna a comunicare entro 15 giorni ogni variazione che dovesse intervenire a quanto dichiarato.

Il sottoscritto / a autorizza espressamente l'utilizzo e il trattamento di tutti i dati sopra indicati, con modalità manuali, informatiche e/o telematiche, e di quelli che comunicherà in futuro consentendo fin da ora la loro diffusione presso altri soggetti per la persecuzione delle finalità istituzionali.

Prende atto che gli è riconosciuto il diritto di verificare, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare in qualunque momento i dati personali presso la Segreteria dell'Ordine dei dottori commercialisti ed esperti contabili.

#### **Allega alla presente:**

- certificato di cittadinanza;
- certificato di residenza anagrafica;
- certificato comprovante il godimento del pieno esercizio dei diritti civili;
- certificato attestante il conseguimento del diploma di laurea triennale o specialistica;
- certificato comprovante l'iscrizione al corso di laurea specialistica;
- dichiarazione del dottore commercialista che attesta inizio tirocinio e orario studio;
- dichiarazione di impegno deontologico del dottore commercialista;
- n. 1 foto tessera;
- fotocopia documento di riconoscimento;
- copia del bonifico per il pagamento della tassa di iscrizione di Euro 50,00 da effettuare alle seguenti coordinate bancarie, specificando il nominativo e la causale:

Cassa di Risparmio Ag. Città 2 – IBAN SM 92 U 06067 09808 000080107153 intestato all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili.

Firma \_\_\_\_\_

**Allegato: attestazione del professionista dominus**

## SU CARTA INTESTATA DELLO STUDIO DEL PROFESSIONISTA

Al Consiglio dell'Ordine  
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI  
E DEGLI ESPERTI CONTABILI

S E D E

### DICHIARAZIONE DI INIZIO TIROCINIO

San Marino li, \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ iscritto/a nell'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di San Marino – Sezione \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_, premesso che ha assolto l'obbligo della formazione professionale continua nell'ultimo triennio certificato dall'Ordine, consapevole delle responsabilità cui va incontro, con la presente

#### **dichiara**

che il/la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, ha iniziato il tirocinio presso il proprio studio in data \_\_\_\_\_ e che il tirocinio è in corso alla data del rilascio della presente dichiarazione ed è svolto nei seguenti giorni ed orari \_\_\_\_\_, nell'ambito del normale funzionamento dello studio, i cui orari e giorni di attività nello specifico sono i seguenti: \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritto/a si impegna alla formazione del tirocinante sia tramite l'insegnamento diretto, sia consentendo al tirocinante la frequenza degli appositi corsi integrativi secondo quanto previsto dal Regolamento sulla Formazione Professionale e dalle circolari del Consiglio dell'Ordine.

Si impegna, altresì:

- ad istruire il tirocinante sulle osservanze delle norme deontologiche della professione di dottore commercialista ed esperto contabile emanate dal Consiglio dell'Ordine;
- a comunicare entro 15 giorni per iscritto al Consiglio dell'Ordine le variazioni e la cessazione del tirocinio, nonché tutti i casi di interruzione temporanea dello stesso.

Dichiara, infine, di avere attualmente in carico n. \_\_\_\_\_ tirocinanti.

In fede.

(sigillo e firma)