

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SOLA PROVA INTEGRATIVA PER REVISORE LEGALE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

cognome		nome	
data di nascita		comune di nascita	
provincia o stato di nascita	comune di residenza		provincia
via/piazza - numero civico	cap	codice fiscale	cellulare
e-mail (obbligatoria)			

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 e consapevole che chi dichiarerà il falso vedrà decadere i benefici ottenuti e incorrerà nelle sanzioni penali previste per le false dichiarazioni dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. citato,

di essere in possesso del seguente titolo, (**da compilarsi solo se studenti di altro Ateneo**):

- Diploma di Maturità _____ conseguito presso l'istituto _____
di _____ in data ____/____/____ con votazione di ____/____
- Laurea (V.O. ante DM 509/99) in _____
- Laurea triennale in: _____ Classe _____
- Laurea specialistica in: _____ Classe _____
- Laurea magistrale in: _____ Classe _____
- Altro (specificare) _____

conseguito o da conseguire (*) presso l'Università degli Studi di _____
in data ____/____/____ con votazione di ____/____ su ____/____ lode

**DICHIARA INOLTRE
DI AVER CONSEGUITO L'ABILITAZIONE PER**

DOTTORE COMMERCIALISTA conseguita presso l'Università _____
nella ____ sessione dell'anno _____

ESPERTO CONTABILE conseguita presso l'Università _____
nella ____ sessione dell'anno _____

SI IMPEGNA

A versare il contributo per le spese d'esame nella misura di € 100,00 previsto ai sensi dell'art. 3, comma 6, D.M. 63/2016, entro la scadenza indicata nello stesso mandato PagoPA, che riceverà per mail unitamente alla comunicazione dell'avvenuta iscrizione alla prova suppletiva, pena l'esclusione dalla prova.

ALLEGATI OBBLIGATORI:

- Copia dell'attestato di avvenuto Tirocinio rilasciata dal MEF
- Copia di un documento di identità valido

COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DI DATI PERSONALI

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali presente sul sito web di Ateneo all'indirizzo <https://www.unifi.it/vp-11363-privacy-policy.html>

IMPORTANTE

il presente modulo deve essere inviato esclusivamente per posta elettronica all'indirizzo mail esamidistato@adm.unifi.it perentoriamente entro la scadenza indicata nel bando

coloro che devono conseguire anche l'abilitazione alla professione di DOTT. COMMERCIALISTA o ESPERTO CONTABILE devono attenersi alle istruzioni per l'iscrizione al relativo esame di stato riportate nel bando e non usufruire di questo modulo

.....
(data)

.....
(firma)