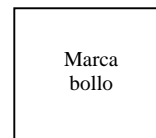
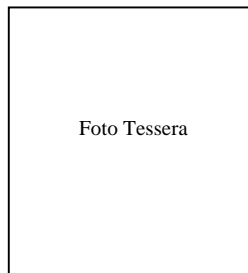


Spett.le
Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Parma
Viale Mentana 45 – 43121 PARMA



Oggetto: Domanda per l'iscrizione nel **Registro dei praticanti** (art.40 D.Lgs. 28/06/2005 n. 139 –G.U. n°166 del 19/07/2005)

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____ cell. _____

e-mail _____ residente a _____ Prov. ____ Via _____
n. ____ CAP _____

Domiciliato a _____ Prov. ____ Via _____ presso _____

Luogo di invio della corrispondenza:

Residenza	Domicilio	Studio
-----------	-----------	--------

PREMESSO CHE

È in possesso di tutti i requisiti richiesti dall'art. 5 del DM del 7 agosto 2009, n. 143

CHIEDE

Di essere iscritto nel Registro dei Praticanti tenuto presso codesto spettabile Ordine.
A tale proposito, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA IN SOSTITUZIONE DI CERTIFICAZIONE

(Art. 2, Legge 4.1.1968 n.15 –come modificato dall'art. 3, c 10, Legge n. 127/1997 e D.P.R. 20.10.1998, n.403)

§ Di essere cittadino italiano.

§ Di aver **conseguito** il diploma di laurea

Quadriennale	Triennale	Triennale + Specializzazione	Specializzazione in corso
--------------	-----------	------------------------------	---------------------------

in _____ presso l'Università di _____
in data _____ con votazione _____

§ di non svolgere attività di lavoro dipendente/non avere rapporti di collaborazione a progetto a tempo pieno/tempo parziale

§ di svolgere attività di lavoro dipendente c/o.....

con sede in..... Via.....

al n..... Tel..... nel seguente orario dalle..... alle.....

di avere rapporti di collaborazione a progetto a tempo pieno/tempo parziale c/o

..... con sede in

Via..... al n..... Tel.....

§ Che a suo carico non si sono verificate nell'ultimo quinquennio e non risultano essere in corso procedure di fallimento, interdizione, inabilitazione, concordato preventivo e amministrazione controllata.

§ Di non aver riportato condanne penali.

§ Di non aver procedimenti penali in corso

§ Di essere in godimento dei Diritti Civili in quanto non interdetto/a, non inabilitato/a, non fallito/a

Qualora dal controllo delle dichiarazioni emerga la non veridicità del contenuto delle stesse, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi del 3° comma dell'art. 11 del DPR 20/10/1998, n. 403.

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____ residente in _____ Autorizzo l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Parma al trattamento dei miei dati personali ai sensi degli artt. 11 e 20 della LG. 675 del 31/12/96. Parma li _____ Il Dichiarante _____
--

ALLEGA

1. Fotocopia documento tipo n. _____ Ril. da _____ il _____
2. Attestazione del Dominus _____ iscritto all'Albo di _____ tirocinio iniziato il _____
3. Dichiarazione di impegno deontologico rilasciata dal Dominus
4. Due foto formato tessera.
5. Attestazione del versamento pari a Euro 120,00 c/o Ente Cassiere Cariparma e Piacenza sede di Parma (Sportello Tesoreria) Via Università 1/A – Parma IBAN IT90P0623012700000076065055 intestato all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Parma (causale: Nome/Cognome - Iscrizione Registro del Tirocinio)
6. N. 1 marca da bollo da Euro 14,62.
7. Informativa ai sensi dell'art. 13 Codice Privacy
8. Certificato di Laurea Specialistica o Magistrale (se già conseguita) o autocertificazione di iscrizione ad un corso di Laurea Specialistica o Magistrale (come da modulo allegato).

N. Iscriz. Registro	N. Libretto	Decorrenza dal	Il Presidente

Spett.le
Ordine dei Dottori Commercialisti e degli
Esperti Contabili di Parma
Viale Mentana 45
43121 PARMA

DICHIARAZIONE DI INIZIO TIROCINIO

Attestazione resa ai sensi dell'art. 40 comma 3, 4 e5 del D.Lgs del 28 giugno 2005 n. 139

Il sottoscritto _____, Dottore Commercialista iscritto presso l'Ordine di _____,
al n. _____ con studio in _____ Via _____, Tel. _____

dichiarando con la presente di svolgere unicamente la libera professione,

ATTESTA

di aver accettato il Dott. _____

Nato a _____ il _____ e residente in _____

Via _____ presso il proprio Studio ai fini dello svolgimento del periodo di tirocinio a decorrere
dal giorno _____, praticantato che viene svolto a tempo pieno (o tempo parziale)

e **dichiarano congiuntamente** che lo svolgimento del tirocinio presso lo studio professionale si svolge con le seguenti modalità:

Tempo Pieno

Nei giorni di:	lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

A Tempo Parziale

Nei giorni di:	lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

Dalle ore _____ alle ore _____

Dichiara altresì che il Dott. _____ (praticante) è ammesso a frequentare il proprio studio per gli effetti del tirocinio.

Data _____

In fede _____

(firma del professionista)

(firma del praticante)

N.B. LA DICHIARAZIONE DOVRA' ESSERE RIBATTUTA SU CARTA INTESTATA DEL DOMINUS

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO DEONTOLOGICO ALLA FORMAZIONE DEI TIROCINANTI

Il sottoscritto Dott./Esperto Contabile, iscritto all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di esercitante in via esclusiva l'attività di Dottore Commercialista /Esperto Contabile in
....., Via.....

DICHIARA

Che il Dott.

nato a il

e residente a CAP

Via n.

ha iniziato l'attività di tirocinante a decorrere dal, al fine di compiere il periodo di tirocinio triennale di cui all'art. 40 comma 1 D.Lgs. 139/2005, necessario per partecipare all'esame di stato e conseguire l'abilitazione a svolgere la professione di dottore Commercialista /Esperto Contabile.

A tal fine il sottoscritto Dott./Esperto Contabile

con la presente si impegna ad istruire il praticante, anche con esercitazioni pratiche, sulle materie tecniche oggetto della professione e sui principi di deontologia professionale, secondo quanto previsto dal D.Lgs. 28/06/2005 n. 139.

In tale opera di formazione professionale il sottoscritto Dott./Esperto Contabile agirà quale Dominus in piena libertà intellettuale, sia tramite l'insegnamento diretto delle materie oggetto di Esame di Stato, sia consentendo al tirocinante, che lo desideri, la frequenza degli appositi corsi integrativi previsti dal menzionato D.Lgs. (Scuola di Formazione), almeno relativamente alle materie per le quali non gli sarà possibile fornire il proprio insegnamento

Parma

In fede.

.....,

AUTOCERTIFICAZIONE

Al Consiglio dell'Ordine dei
Dottori Commercialisti e degli Esperti
Contabili di Parma

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. _____ il _____
residente in _____, Via _____ CAP _____
Prov. _____ tel. _____ in possesso di Laurea Triennale
(Titolo) _____ conseguita il _____ presso _____;
iscritto/a nel Registro dei Praticanti dell' ODCEC di Parma con il n. _____ in data _____

DICHIARA

ÿ di essere iscritto ad un corso di Laurea Magistrale nelle classi LM56 e LM77
Titolo della Laurea : _____ a far data dal _____

ÿ di essere iscritto ad un corso di Laurea Specialistica nelle classi 64/S e 84/S
Titolo della Laurea : _____ a far data dal _____

presso l' Università degli Studi di _____.

CHIEDE

il trasferimento nella sez. A "Tirocinanti Commercialisti" in seguito all'attuazione del Decreto MIUR del 5 novembre u.s. , emanato ai sensi dell'art. 6, comma 2 del DM 7 agosto 2009, n. 143 (*Regolamento del Tirocinio*).

Parma, li _____

Il Tirocinante

**ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI CONTABILI
DI PARMA**

Informativa ai sensi dell'art. 13 Codice Privacy:

A) Finalità e modalità del trattamento.

Finalità del trattamento: il trattamento dei dati verrà effettuato per permettere la fornitura dei servizi richiesti e (limitatamente ai servizi che prevedono un corrispettivo) per provvedere alla relativa fatturazione e conseguenti adempimenti fiscali. I dati registrati potranno anche essere utilizzati per rapporti statistici sulla nostra attività, nonché per l'invio all'interessato di informazioni relative alla stessa. Ove necessario per i predetti motivi i dati potranno essere comunicati anche a terzi. Modalità del trattamento: i dati verranno trattati principalmente con strumenti elettronici e informatici e memorizzati sia su supporti informatici che su supporti cartacei che su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure minime di sicurezza.

B) Natura obbligatoria e conseguenze del rifiuto dei dati.

Tutti i dati richiesti sono obbligatori, in caso di mancato inserimento di alcuno di essi l'interessato non potrà godere del servizio richiesto.

C) Ambito di comunicazione

Ove necessario le finalità di cui al punto a), i dati potranno essere comunicati anche a terzi estranei all'incarico contrattuale.

D) Diritti dell'interessato.

In relazione al presente trattamento di dati personali, ai sensi dell'art. 7 Codice Privacy:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

E) Titolare del trattamento

Titolare del trattamento: ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI PARMA, Viale Mentana, 45 - Parma

Responsabile del trattamento dati: Foschi Dott. Andrea

Consenso al trattamento dei dati sensibili e degli eventuali dati giudiziari ai sensi dell'artt. 26 e 27 del D.lgs. n. 196/2003.

Con la presente autorizza inoltre il trattamento dei propri dati sensibili connessi al rapporto con il Titolare del trattamento in quanto trattati in adempimento delle specifiche leggi che disciplinano la materia.
Autorizza inoltre l'eventuale trattamento dei propri dati giudiziari.

Parma, li _____

FIRMA
