

ALLEGATO 1

ALLEGATO AL D.R. 215 DEL 12.02.2020

Dic.sost.Tit.Estero

TITOLO DI STUDIO ESTERO

DA COMPILARSI A CURA DEI CANDIDATI CHE HANNO UN TITOLO DI STUDIO CONSEGUITO ALL'ESTERO

Il/La sottoscritto/a _____

Cognome

Nome

nato/a a _____ () il _____

Comune

prov.

Codice fiscale _____

Numero telefonico _____ email _____

Iscritto all'esame di stato di abilitazione all'esercizio della professione di _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti

di essere in possesso del seguente titolo di studio conseguito all'estero (munito di traduzione ufficiale in italiano, legalizzazione e dichiarazione di valore), riconosciuto idoneo:

titolo di studio estero _____

conseguito in data _____

presso l'Università estera di _____

città _____

stato _____

riconoscimento titolo effettuato in Italia dall'Università di _____

sede di _____ a seguito di _____

in data _____ **oppure** a seguito di accordi culturali bilaterali stipulati con _____

_____ in data _____

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità.

(Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.)

Data e luogo, Firma _____

ALLEGATO 3

DIC.SOST.RICHIESTA ESONERO/ISCRIZIONE ALBO

ALLEGATO AL D.R. 215 DEL 12.02.2020

DOTTORE COMMERCIALISTA

RICHIESTA DI ESENZIONE PRIMA PROVA SCRITTA (art. 46 punto 3 D.Lvo 28 giugno 2005 n. 139)

DA COMPILARSI A CURA DEI CANDIDATI CHE RICHIEDONO L'ESONERO DALLA PRIMA PROVA SCRITTA IN POSSESSO DELL'ABILITAZIONE ALLA PROFESSIONE DI ESPERTO CONTABILE ED ISCRITTI ALLA SEZ. B DELL'ALBO PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ () il _____
Comune _____ prov. _____
Codice fiscale _____

CHIEDE di essere esonerato dalla prima prova scritta

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti

di essere in possesso dell'abilitazione alla professione di Esperto Contabile e di essere iscritto alla Sez.B dell'albo professionale di _____
via _____ comune _____
tel. _____ fax _____

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità.

(Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.)

Data e luogo, _____ Firma _____

ALLEGATO 4

ALLEGATO AL D.R. 215 DEL 12.02.2020

DIC.DISABILITA'/AUSILIO

RICHIESTA AUSILI

DA COMPILARSI A CURA DEI CANDIDATI CON DISABILITA' O CON DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ () il _____
Comune _____ prov. _____
Codice fiscale _____
Numero telefonico _____ email _____
Iscritto all'Esame di stato di _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti:

di essere persona con disabilità e, per l'effetto, in applicazione degli artt. 16 e 20 della Legge n. 104/1992, così come modificata dalla Legge n. 17/1999, di chiedere per lo svolgimento delle seguenti prove

_____ i seguenti ausili necessari in relazione alla disabilità

di essere persona con diagnosi di disturbi specifici di apprendimento (DSA) e di chiedere i seguenti tempi aggiuntivi necessari per lo svolgimento della prova d'esame in relazione al disturbo specifico di apprendimento ai sensi della legge n. 170/2010 _____

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità.

(Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.)

Data e luogo, _____ Firma _____

N.B. Le certificazioni attestanti la disabilità rilasciate dalle autorità competenti dovranno essere trasmesse in originale o copia autentica secondo le modalità indicate nel bando.

ALLEGATO 5

ALLEGATO AL D.R. 215 DEL 12.02.2020

Dic.sost.tirocinio

DOTTORE COMMERCIALISTA/ESPERTO CONTABILE

DA COMPILARSI A CURA DEI CANDIDATI CHE AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ESAME DI STATO NON AVEVANO COMPIUTO IL TIROCINIO PRATICO

(Da consegnare personalmente o tramite terzi con fotocopia di un valido documento d'identità all'Ufficio Esami di stato o inviato tramite PEC al seguente indirizzo protocollo@cert.unipg.it o via mail allegando anche un documento d'identità valido al seguente indirizzo mail ufficio.esamidistato@unipg.it)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI COMPIUTO TIROCINIO

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ () il _____
Comune _____ prov. _____
Codice fiscale _____
Iscritto all'esame di stato _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti

di aver compiuto il tirocinio pratico dal _____ al _____
presso l'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti contabili di _____
Via _____ n. _____
Tel _____ Fax _____ e-mail _____
Pec _____

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità.

(Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.)

Data e luogo, _____ Firma _____

ALLEGATO 6

ALLEGATO AL D.R. 215 DEL 12.02.2020

NOTIFICA AI CONTROINTERESSATI ALL'ACCESSO AGLI ATTI – COMUNICAZIONE PER VIA TELEMATICA

**DA COMPILARSI A CURA DI TUTTI I CANDIDATI ESAMI DI STATO
DOTTORE COMMERCIALISTA/ESPERTO CONTABILE**

DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ESAME DI STATO

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ () il _____
Comune prov. _____
Codice fiscale _____
Iscritto all'Esame di stato _____

DICHIARA

di acconsentire, nel caso in cui all'Amministrazione pervenga motivata richiesta di accesso agli atti relativa alla procedura e il sottoscritto rivesta la qualifica di controinteressato, l'invio per via telematica all'indirizzo di posta elettronica indicato nella domanda di ammissione all'esame di stato, ai sensi dell'art. 3 del D.P.R. 184/2006, di copia della comunicazione con la quale si notifica la richiesta di accesso e la possibilità di presentare motivata opposizione a detta richiesta, anche per via telematica, entro dieci giorni dal ricevimento della comunicazione stessa.

Il sottoscritto allega fotocopia di documento di identità.

(Qualora il documento di identità non sia in corso di validità, il candidato dovrà, ai sensi dell'art. 45 del D.P.R. 445/2000, dichiarare in calce alla fotocopia dello stesso che i dati ivi contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio.)

Data e luogo _____

Firma _____