

**DOMANDA DI ESONERO DALLA PRIMA PROVA DELL'ESAME DI STATO PER L'ABILITAZIONE ALLA
PROFESSIONE DI DOTTORE COMMERCIALISTA ED ESPERTO CONTABILE**

**AL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE
ESAMI DI STATO DI ABILITAZIONE
ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI
DOTTORE COMMERCIALISTA ED ESPERTO
CONTABILE**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

Nato/a a _____ il _____

Resident a _____

alla via _____

telefono cellulare _____ e-mail _____

avvalendosi delle disposizioni di cui all'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000, n.445 e consapevole che dichiarando 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, **dichiara di essere possesso dei requisiti previsti dalla Convenzione quadro tra il MIUR e CNDCEC stipulata il 13.10.2010 per l'esenzione dalla prima prova scritta dell'esame di stato di Dottore Commercialista o Esperto Contabile**

CHIEDE

di essere esonerato/a dalla suddetta prova dell'esame di Stato per:

ESPERTO CONTABILE DOTTORE COMMERCIALISTA

prima sessione seconda sessione dell'anno _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di essersi laureato in data _____

in _____ classe _____

Facoltà _____

presso l'Università di _____ con votazione _____

Allega certificato di laurea ovvero dichiarazione sostitutiva con indicazione degli esami sostenuti, dei crediti e dei Settori scientifico- disciplinari degli esami medesimi, richiesti dalla Convenzione per beneficiare dell'esenzione.

Luogo e data _____ FIRMA _____