

RICHIESTA AGGIORNAMENTO TITOLO STUDIO

Al Consiglio dell'Ordine dei dottori commercialisti e degli esperti contabili
circoscrizione del Tribunale di Trapani

Il/La sottoscritto/a
nato/a a, il, residente in:
Via iscritto/a con n.
in data nel Registro Tirocinanti

Tirocinanti Commercialisti

Tirocinanti Esperti Contabili

in possesso del diploma di laurea triennale classe, conseguita in data,
presso l'Università degli Studi di
Ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute nel [D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000](#) e
successive modificazioni, consapevole delle conseguenze penali che la legge prevede in caso di
dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di aver conseguito il diploma di

- Laurea in classe 64/S LM56 presso
l'Università degli Studi di votazione data
- Laurea in classe 84/S LM77 presso
l'Università degli Studi di votazione data

....., il

Firma¹

.....

¹ La firma del tirocinante deve essere autenticata (l'autentica si può sostituire allegando fotocopia della carta di identità in corso di validità).