

RICHIESTA AGGIORNAMENTO TITOLO STUDIO

Spett.le
Consiglio dell'Ordine dei dottori
commercialisti e degli esperti contabili
di CASTROVILLARI
VIALE DEL LAVORO N. 128
87012 – CASTROVILLARI (CS)

Prot. n. _____ *(spazio riservato all'Ordine)*

Il/La sottoscritto/a
nato/a a, il, residente in:
Via
iscritto/a nel Registro tirocinanti, dal numero di iscrizione, in possesso
della 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

che in data ha conseguito la Laurea Triennale Magistrale classe
in, presso l'Università degli Studi di
....., e pertanto

C H I E D E

l'aggiornamento del proprio titolo di studio.

....., il

Firma

.....

Allegato: documento di riconoscimento