



**UNIVERSITÀ
DI PARMA**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE
ECONOMICHE E AZIENDALI**

ALL.1 – DOMANDA DI PREISCRIZIONE

da inviare entro il **02/10/2019** all'indirizzo mail: amministrazione.sea@unipr.it

**DOMANDA DI PREISCRIZIONE AL
CORSO DI FORMAZIONE PER L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI DOTTORE
COMMERCIALISTA ED ESPERTO CONTABILE A.A. 2019/2020**

Io sottoscritt__ cognome nome

nat__ a il

(comune) (provincia)

codice fiscale cittadinanza

residente a via n.

(comune) (provincia)

CAP tel.

cellulare e-mail

Dottore Commercialista/Esperto Contabile abilitato da meno di 5 anni:

☐ **Sì**

☐ **No**

(si ricorda che **non** possono iscriversi al Corso Dottori Commercialisti o Esperti Contabili abilitati da più di 5 anni)

Chiedo

di partecipare al Corso di formazione per l'esercizio della professione di Dottore Commercialista ed Esperto Contabile
A.A. 2019/2020.

Parma,

.....
FIRMA PARTECIPANTE

I dati inseriti saranno trattati unicamente per finalità istituzionali dell'Università degli Studi di Parma (Codice in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs. 30/6/2003, N. 196 e s.m.i. e del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679/2016).

UNIVERSITÀ DI PARMA

Via J. F. Kennedy, 6 - 43125 Parma

www.unipr.it