



# 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](mailto: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).*