Al Magnifico Rettore
dell'Università degli Studi del Molise
Settore Esami di Stato e corsi *post lauream*
Via F. de Sanctis
86100 Campobasso
PEC: amministrazione@cert.unimol.it

_l_ sottoscritt_ _____ _____
Cognome *Nome*

nat_ a _____ (_____) il _____

codice fiscale I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I, consapevole delle sanzioni anche penali in cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non rispondenti a verità, come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000

DICHIARA

di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione di

❑ Dottore Commercialista ❑ Esperto Contabile

conseguita presso l'Università _____

in data _____

_____
Luogo e data

_____
Firma leggibile