



RICHIESTA RILASCIO DIPLOMA DI ABILITAZIONE

AL MAGNIFICO RETTORE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____, prov. _____

il ___/___/_____, C.F. _____,

residente a _____, prov. _____

in via/piazza _____, CAP: _____

richiede

di poter ritirare il diploma di abilitazione all'esercizio della professione di:

Dottore Commercialista

Esperto Contabile

relativo alla

I Sessione

II Sessione

Anno: 2020 2019 2018 2017 2016 2015 2014 2013 2012

Si allega copia del seguente documento di riconoscimento del richiedente:

Tipologia _____

n. _____, rilasciato da _____,

in data ___/___/_____, scadenza ___/___/_____

Luogo e data

Firma
