

Al Magnifico Rettore  
Università degli Studi Roma Tre

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... Prov. (.....)

Il ...../...../..... e residente a .....prov. (.....)

in via ..... n. .... CAP .....

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI DEL DPR 445/2000, E CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DERIVANTI DA FALSE ATTESTAZIONI E DA DICHIARAZIONI MENDACI (ART. 76 DPR 445/2000)

## CHIEDE

di essere esonerato/a dalla prima prova scritta dell'esame di abilitazione alla professione di Dottore Commercialista/ Esperto Contabile e a tal fine dichiara

- Di aver conseguito la laurea triennale in

..... Classe .....

presso l'Università .....

in data ..... con voti .....

- Di aver conseguito la laurea specialistica/magistrale in

..... Classe .....

presso l'Università .....

in data ..... con voti .....

- di essere in possesso dei requisiti previsti per l'esonero dalla prima prova scritta dell'Esame di stato di abilitazione per la professione di ..... ai sensi dell'Accordo stipulato tra l'Università ..... e l'Ordine dei Dottori commercialisti ed esperti contabili di .....

.....  
(data)

FIRMA

.....