

Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Bologna

(Circoscrizione del Tribunale di Bologna)

DOCUMENTI DA PRODURRE PER IL TRASFERIMENTO DAL REGISTRO DEI PRATICANTI DI ALTRI ORDINI AL REGISTRO DEI PRATICANTI DI BOLOGNA

In base all'art.5 comma 1 del D.M. 7 agosto 2009, n. 143 il praticante è tenuto ad iscriversi nel Registro Praticanti dell'Ordine territoriale, nella cui circoscrizione è iscritto il dottore/ragioniere commercialista od esperto contabile presso il quale è svolto il tirocinio.

*In base all'art. 9 comma 4 del D.M. 7 agosto 2009, n. 143 si specifica che la comunicazione di trasferimento deve essere rivolta **congiuntamente** ai Consigli di entrambi gli ordini territoriali interessati.*

Nello specifico:

✓ **all'Ordine di provenienza** si dovrà inviare:

- 1. dichiarazione del nuovo professionista presso il quale si svolge il tirocinio, che attesti la data di inizio della pratica presso il proprio studio, di cui alla lettera g) comma 1 dell'art. 7 del suddetto decreto.*
- 2. attestazione di avvenuta cessazione del tirocinio predisposta dal professionista presso il quale il tirocinio è stato svolto.*

✓ **all'Ordine di Bologna ricevente** si dovrà presentare personalmente la documentazione seguente:

1. Formale domanda di trasferimento al Registro Praticanti dell'Ordine di Bologna.
(si veda fac simile di seguito riportato)
2. Autocertificazione dei carichi pendenti e del casellario giudiziale. (all. T1);
3. Autocertificazione dei diritti civili (all. T2);
4. Attestazione di frequenza del tirocinio rilasciato da un dottore/ragioniere commercialista od esperto contabile iscritto all'Albo dell'Ordine di Bologna da almeno cinque anni e che abbia assolto l'obbligo di formazione professionale continua nell'ultimo triennio certificato (all. T3).
5. Attestazione di avvenuta cessazione del tirocinio predisposta dal professionista presso il quale il tirocinio è stato svolto (all. T4).
6. I praticanti che dichiarano di avere un'altra occupazione dovranno allegare la dichiarazione del datore di lavoro da cui risulti il rapporto e gli orari di lavoro.
7. Libretto di attestazione del tirocinio con l'ultimo visto dell'Ordine di provenienza.
8. N. 1 fotografia.
9. Fotocopia del codice fiscale.

9. Fotocopia documento d'identità dal quale risulti l'attuale residenza.
10. Quota di iscrizione una tantum di € 100,00 da versare direttamente in Segreteria in contanti/assegno/bancomat/carta di credito.
11. Marca da bollo da €16.00 da apporre sulla domanda.
12. Autorizzazione al trattamento dei dati personali.(all. T5)

Marca da
bollo da
€16.00

Spett.le
Consiglio dell'Ordine
dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili di Bologna
P.zza De' Calderini,2
40124 Bologna BO

Il sottoscritto dott.
Codice fiscale n.
attualmente iscritto/a dal nel Registro dei tirocinanti, sezione A / B ,
tenuto dal Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di
.....

CHIEDE

di essere trasferito dal Registro dei Praticanti

- tirocinanti commercialisti sezione A
- tirocinanti esperti contabili sezione B

dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di al
Registro dei Praticanti dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Bologna
ai sensi dell'art.9 del D.M. 7 agosto 2009, n. 143.

Il sottoscritto

a tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e
successive modificazioni, consapevole delle conseguenze penali che la legge prevede in caso di
dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere nato a (Prov.....) il
- di essere cittadino
- di essere residente a CAP in Via
..... n. ... tel.cell.....;
- di essere domiciliato c/o Via..... n.....
Comune..... Provincia.....;
- di essere in possesso ai sensi dell'art. 36 c. 3 punti 3 e 4 D. Lgs n.139 del 28/06/05 della Laurea
Triennale inclasse..... conseguita il
.....presso l'Università degli studi di
- di essere in possesso della Laurea specialistica/magistrale o Vecchio Ordinamento
in.....classe.....conseguita presso l'Università degli studi
di in data
- di essere iscritto al corso di Laurea Magistrale/Specialistica.....
.....classe di Laurea..... c/o l'Università di..... realizzato in
base alla convenzione stipulata dalla suddetta Università di..... con l'Ordine
dei dottori commercialisti e degli esperti contabili di..... in attuazione della
convenzione quadro 2010 e di essermi immatricolato nell'anno accademico

- di essere iscritto al corso di Laureaclasse di Laurea..... c/o l'Università di..... realizzato in base alla convenzione stipulata dalla suddetta Università di..... con l'Ordine dei dottori commercialisti e degli esperti contabili di..... in attuazione della convenzione quadro 2014 e di essermi immatricolato nell'anno accademico..... e di aver già conseguito i crediti richiesti dalla convenzione stessa (*da allegare piano di studi, con indicazione dei crediti maturati*);
- di aver compiuto in data _____ il tirocinio da esperto contabile essendo stato iscritto nel registro del tirocinio tenuto dall'Ordine di _____;
- di frequentare lo studio del dott./rag. iscritto all'Albo Sezione A/Sezione B degli esercenti la professione presso l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Bologna con studio in Via..... cap..... tel

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza del D.M. 7 agosto 2009 n.143 "Regolamento del tirocinio professionale per l'ammissione all'esame di abilitazione all'esercizio della professione di dottore commercialista e di esperto contabile, ai sensi dell'articolo 42, comma 2, del decreto legislativo 28 giugno 2005, n.139", del D. 137/2012 e di impegnarsi alla loro osservanza;
- di svolgere il tirocinio presso lo studio del commercialista nei seguenti giorni della settimana.....con il seguente orario, garantendo, in caso di Corso di Laurea convenzionato le ore previste dalla Convenzione stessa.
- di non prestare attività di lavoro dipendente; (oppure) di essere alle dipendenze di nei seguenti giorni della settimana con il seguente orario
- di non avere altre occupazioni; (oppure) di avere come occupazione nei seguenti giorni della settimana.....con il seguente orario
- che il seguente indirizzo e-mail può essere utilizzato dalla segreteria dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Bologna ai sensi del D.lgs 196/2003, per l'invio della corrispondenza:
.....

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Consiglio dell'Ordine ogni variazione ai dati sopra riportati **entro 15 giorni dall'avvenuta modifica** (ex artt. 7 comma 3, art. 9 comma 1 del D. M. 7 agosto 2009 n.143).

Si veda anche art. 13 comma 5 c) D.M. 7 agosto 2009 n.143

Allo scopo si allegano i seguenti documenti:

- Attestazione di frequenza del tirocinio rilasciato da un dottore/ragioniere commercialista od esperto contabile iscritto all'Albo dell'Ordine di Bologna da almeno cinque anni e che abbia assolto l'obbligo di formazione professionale continua nell'ultimo triennio certificato (all. T3).
- Attestazione di avvenuta cessazione del tirocinio predisposta dal professionista presso il quale il tirocinio è stato svolto (all. T4).
- N. 1 fotografia.

- I praticanti che dichiarano di avere un'altra occupazione dovranno allegare la dichiarazione del datore di lavoro da cui risulti il rapporto e gli orari di lavoro.
- Libretto di attestazione del tirocinio con l'ultimo visto dell'Ordine di provenienza.
- Fotocopia del codice fiscale.
- Fotocopia documento d'identità dal quale risulti l'attuale residenza.
- Autorizzazione al trattamento dei dati personali.(all. T5).

Con riferimento al D.lgs 196/2003 (consenso ai sensi dell'art. 13) il sottoscritto autorizza l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Bologna al trattamento dei dati acquisiti per finalità e modalità meramente istituzionali.

Firma

All. T1

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Residente a _____ cap _____ prov. _____

Via _____

D I C H I A R A

ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni, consapevole delle conseguenze penali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

di non essere sottoposto a procedimento penale

oppure

di essere sottoposto a procedimento penale per _____ ;

di non aver riportato condanne penali;

oppure

di aver riportato le seguenti condanne penali: _____ ;

In fede

Bologna, li

All. T2

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Residente a _____ cap _____ prov. _____

Via _____

D I C H I A R A

ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni, consapevole delle conseguenze penali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità di non essere fallito/a e di non avere in corso procedure di concordato preventivo o di amministrazione controllata, né contro lo/a stesso/a pendono giudizi di interdizione e di inabilitazione;

D I C H I A R A

altresì che non sono state pronunciate sentenze dichiarative di fallimento di interdizione o di inabilitazione ancora da annotarsi al Casellario Giudiziale.

In fede

Bologna,li

All. T3

**FAC SIMILE DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA A CURA DEL
PROFESSIONISTA PRESSO IL QUALE SI SVOLGE IL PRATICANTATO**

CERTIFICAZIONE DI INIZIO DEL TIROCINIO

Il sottoscritto Dott./Rag. _____ con
studio in _____ Via _____ n. _____ iscritto
da almeno cinque anni al N. _____ dell'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti
Contabili di Bologna, visti l'art. 7 del D.M. 7 agosto 2009, n.143

DICHIARA

che il dott. _____ nato a _____ il _____ e
residente in _____ (prov _____) via _____ n.
_____ laureato presso l'Università degli Studi di _____ ha iniziato il
tirocinio presso il proprio studio in data _____ e che il tirocinio è in corso alla data del
rilascio della presente certificazione ed è svolto nei seguenti giorni ed
orari _____, nell'ambito del normale funzionamento dello studio, i cui
orari e giorni di attività nello specifico sono i seguenti:
_____ .

Si impegna inoltre alla formazione del tirocinante nel rispetto di quanto previsto dal Codice
Deontologico della professione di Dottore Commercialista e di Esperto Contabile (ex art. 7 comma
1 i) D.M. 7 agosto 2009, n.143).

Dichiara infine di avere attualmente in carico n. _____ Praticanti.

_____, li _____

Firma

All. T4

**FAC SIMILE DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA A CURA DEL
PROFESSIONISTA PRESSO IL QUALE SI INTERROMPE IL RAPPORTO DI
PRATICANTATO**

Bologna, _____

Spett.le
Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili
P.zza De' Calderini,2
40124 Bologna

Io sottoscritto _____ nato a _____
il _____ tel. _____ iscritto all'Albo dell'Ordine
di _____.

comunico

che dal giorno _____ il praticante dott. _____
ha interrotto il tirocinio presso il mio studio.

In fede

(Firma)

**ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI
DI BOLOGNA**

All. T5

Egr. Dott./Gentile Dott.ssa
.....
Via n.
.....

Bologna,

**OGGETTO: Informativa resa al momento della raccolta.
Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196, art. 13.**

Egr. Dott./Gentile Dott.ssa,

con riferimento alla legge in oggetto, desideriamo informarLa che la citata norma garantisce che il trattamento dei dati personali da Lei conferiti avvenga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità delle persone fisiche, con particolare attenzione alla riservatezza ed all'identità personale.

I dati in questione da Lei forniti sono i seguenti:

- Dati anagrafici (nome, cognome, luogo e data di nascita, domicilio, residenza)
- Cittadinanza
- Laurea
- Codice Fiscale
- Telefono/Fax/e-mail
- autocertificazione di diritti civili/ assenza di carichi penali e civili e procedure penali e civili

Conformemente all'art. 4, 1° comma, lett. B) della Legge citata, per trattamento di dati personali sarà da intendersi la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione, ovvero la combinazione di due o più delle suddette operazioni. Il trattamento dei dati che l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Bologna intende effettuare, pertanto, sarà improntato a liceità e correttezza, nella piena tutela dei Suoi diritti ed, in particolare, della riservatezza. Il medesimo trattamento avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei, sia attraverso l'ausilio di mezzi informatici.

Inoltre, ai sensi dell'art. 13 della legge citata, La informiamo che:

- il trattamento ha le seguenti finalità:
- trasferimento al Registro Praticanti dell'Ordine di Bologna
- il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità:
 1. archiviazione dei dati su supporto cartaceo
 2. archiviazione dei dati su supporto informatico
- i dati giudiziari previsti alla lettera e) 1° comma dell'art. 4 del D.lgs 196/2003 potranno essere comunicati agli organi competenti per ragioni istituzionali o comunque previste da norma di

legge, i restanti dati forniti potranno essere diffusi a terzi mediante trascrizione in albi o elenchi di pubblica consultazione;

- in relazione al trattamento Ella potrà esercitare presso le sedi competenti i diritti di cui agli artt. 7 ed 8 del D. Lgs. n. 196/2003;
- il Titolare del trattamento è l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Bologna, domiciliato presso la propria sede in P.zza De' Calderini,2 - 40124, Bologna.

La informiamo, infine, che Ella , in base agli artt. 7 ed 8 del D. Lgs. n. 196/2003, ha diritto ad esercitare quanto ivi indicato. Inoltre Ella può:

- ottenere la conferma circa l'esistenza o meno di dati che La riguardano;
- conoscere l'origine dei dati, la logica e la finalità su cui si basa il trattamento;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco di dati trattati in violazione di legge, l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati stessi;
- opporsi , tra l'altro, al trattamento dei dati personali per finalità di ricerca di mercato.

La preghiamo di sottoscrivere la presente in segno di ricevuta, accettazione e consenso espresso riguardo al suo contenuto.

IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO
f.to IL PRESIDENTE
(Dott. Alessandro Bonazzi)

CONSENSO:

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa, mediante apposizione della propria firma in calce alla presente dichiara di essere stato/a informato/a, di avere preso visione e di avere accettato quanto in essa contenuto, acconsentendo espressamente al trattamento dei propri personali, ivi compresi quelli sensibili, secondo la normativa citata; acconsente inoltre esplicitamente alla comunicazione ed alla diffusione dei dati personali sopra indicati, ai sensi dell'art. 25 della medesima legge.

In fede.

FIRMA DELL'INTERESSATO/A
