ΕΛΤΕ

Ελληνική Δημοκρατία

Παράρτημα Γ΄

ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΤΙΚΗ ΕΤΗΣΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΤΙΚΗ ΕΤΗΣΙΑ ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Από: / / Έως / /	
Προσωπικά στοιχεία ασκούμενου ορκωτού ελεγκτή λογιστή Όνομα: Επώνυμο: Αριθμός Μητρώου ΣΟΕΛ: Τηλέφωνο Επικοινωνίας:	**Σκοπός και επιβεβαίωση της πληροφορίας:** Γνωρίζω και αποδέχομαι ότι θα τηρηθεί αρχείο με τις υποβαλλόμενες από εμένα πληροφορίες από την Επιτροπή Λογιστικής Τυποποιήσης και Ελέγχων ή/ και το Σώμα Ορκωτών Ελεγκτών Λογιστών για τον σκοπό αξιολόγησης της επάρκειας της πρακτικής άσκησης προκειμένου να αποκτήσω άδεια Ορκωτού Ελεγκτή Λογιστή. Συναινώ και αποδέχομαι η ΕΛΤΕ ή /και το ΣΟΕΛ να επιβεβαιώνουν τα στοιχεία αυτά επικοινωνώντας αυτά στους δηλωθέντες από εμένα επιβλέποντες, ορκωτούς ελεγκτές λογιστές και σε κάθε άλλο αρμόδιο πρόσωπο

Στοιχεία εργοδότριας εταιρείας (επωνυμία, αντικείμενο, διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail) Επωνυμία: _____ Αντικείμενο: Διεύθυνση: Τηλέφωνο: Τίτλος θέσης εργασίας υποψήφιου ορκωτού ελεγκτή λογιστή email:	Στοιχεία υπεύθυνου επιβλέποντα ΟΕΛ Όνομα: Επώνυμο: Αριθμός μητρώου ΕΛΤΕ: Διεύθυνση: Τηλέφωνο: -....

Έργο (Πελάτης, Είδος έργου και Περίοδος)	Σύντομη περιγραφή ρόλου	φύση έργου				Δεξιότητες που εξασκήθηκαν	Κύριος Εταίρος / Ορκωτός Ελεγκτής Λογιστής
		Υποχρεωτικός έλεγχος (τακτικός έλεγχος) (Ναι/ΟΧΙ)	Υποχρεωτικός έλεγχος (φορολογικός έλεγχος) (Ναι/ΟΧΙ)	Μη υποχρεωτικός έλεγχος (Ναι/ΟΧΙ)	Μη ελεγκτικό έργο (Ναι/ΟΧΙ)		

Ο αιτών ασκούμενος ορκωτός ελεγκτής λογιστής: **ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ** **Δηλώνω ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι απολύτως ακριβή και αληθή, και ότι έχω συμπληρώσει τουλάχιστον 1.000 ώρες ελεγκτικής εργασίας σε υποχρεωτικούς ελέγχους. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.** Όνομα:	**Ο επιβλέπων ορκωτός ελεγκτής λογιστής:** **ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ** **Δηλώνω ότι τα ανωτέρω στοιχεία είναι απολύτως ακριβή και αληθή, και ότι αιτών ασκούμενος έχει συμπληρώσει τουλάχιστον 1.000 ώρες ελεγκτική εργασία σε υποχρεωτικούς ελέγχους. Σε περίπτωση ανακρίβειας γνωρίζω ότι θα έχω τις συνέπειες που προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 1599/1986.** Όνομα:
Επώνυμο:	Επώνυμο:
Υπογραφή:	Υπογραφή:
Ημερομηνία:	Ημερομηνία: