

Al Consiglio dell'Ordine dei
Dottori Commercialisti e degli
Esperti Contabili
Via Paleocapa 18/28
17100 Savona

Io sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Domiciliato in _____ Via _____

Numero codice fiscale: _____

e-mail _____

n. cellulare _____

dichiaro

che sono iscritto al registro praticanti tenuto dall'Ordine di al n..... sezione.....

che dal al..... ho frequentato lo studio del dott./rag.....

.....

Che la pratica professionale dal continua presso lo studio del

..... iscritto all'Ordine di Savona.

Data

Firma

Spettabile
Consiglio dell'Ordine dei
Dottori Commercialisti e degli
Esperti Contabili
Via Paleocapa 18/28
17100 Savona

Io sottoscritto

Iscritto alla Sezione dell'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di

.....con anzianità dal

In regola con l'obbligo formativo ai sensi dell'art. 1 comma 5 del Decreto 7/8/2009 n. 143

Dichiaro ai sensi del D.Lgs 139/2005 quanto segue:

Il Dott.nato/a

Ilresidente in

Svolge il periodo di tirocinio professionale con il seguente orario settimanale:

Giorno	Mattina	Pomeriggio
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

Luogo di svolgimento del tirocinio

Dichiaro inoltre che il/la suddetto/a è:

- l'unico praticante ammesso a frequentare lo studio per gli effetti del tirocinio
- il/la secondo/a praticante ammesso a frequentare lo studio per gli effetti del tirocinio

In fede

.....
Firma e timbro del professionista