

Nome .....

Cognome .....

Via .....

Città .....

e.mail .....

Spettabile  
Ordine dei Dottori Commercialisti  
Ed Esperti Contabili  
Via Paleocapa 18/28  
17100 Savona

Oggetto: trasferimento di studio

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ comunica che a far data dal

\_\_\_\_\_ la pratica professionale continua presso lo studio del Dott./ssa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ iscritto all'Ordine di \_\_\_\_\_

Pertanto il tirocinio svolto presso il Dott. \_\_\_\_\_ iscritto all'Ordine di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ cessa il giorno \_\_\_\_\_

Si allega comunicazione del nuovo Dominus.

Distinti saluti

\_\_\_\_\_  
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 .....

Il .....residente 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