

M O D E L L O D I A T T E S T A Z I O N E I N I Z I O T I R O C I N I O
(A CURA DEL DOTTORE O RAGIONIERE COMMERCIALISTA PRESSO CUI SI PROSEGUE IL TIROCINIO)

Spett.le
CONSIGLIO DELL'ORDINE
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI
CONTABILI DI PAOLA
Rione S. Agata Centro Commerciale " LE MUSE" snc
87027 PAOLA (Cs)

Il sottoscritto Dott. / Rag. _____ nato a _____ il
_____ e
residente a _____ Cap _____ in Via _____
Tel. _____ codice fiscale: _____, regolarmente iscritto
all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Paola (¹) al N.____ con anzianità

a t t e s t a

che il tirocinante(²) Dott. _____ nato/a a _____ (____)
il _____ e residente a _____ Cap _____ in
Via _____,

è ammesso a frequentare il mio studio sito a _____ Cap _____ in
Via _____ Tel. _____ Fax. _____, a partire dal
_____ per gli effetti del tirocinio di cui al D.Lgs. n. 139 / 2005.

DATA

FIRMA E TIMBRO

(¹) Qualora il Dottore o Ragioniere Commercialista sia iscritto ad altro Ordine è necessario che il Praticante alleggi alla attestazione di inizio tirocinio un certificato del professionista, rilasciato dall'Ordine di appartenenza, dal quale si evinca che questi è regolarmente iscritto all'Albo e che a carico dello stesso non vi siano provvedimenti disciplinari in corso.

(²) Si ricorda la delibera del Consiglio di quest'Ordine secondo cui, al fine di garantire una regolare attività di tirocinio, il professionista non potrà ammettere nel proprio Studio un numero di praticanti superiore a tre unità.