

M ODELLO DI ATTESTAZIONE INIZIO TIROCINIO
(A CURA DEL COMMERCIALISTA o Esperto Contabile 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 al N. _____ con anzianità _____

a t t e s t a

che il tirocinante 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
