

**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

\_\_\_\_\_