

**DICHIARAZIONE DI FINE PRATICA
(COMUNICAZIONE A CURA DEL PRECEDENTE PROFESSIONISTA)**

**MARCA DA
BOLLO
€ 16,00**

Spett.le
CONSIGLIO DELL'ORDINE
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI
CONTABILI DI PAOLA
Rione S. Agata Centro Commerciale " LE MUSE" nc
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 _____
al N. _____ con anzianità _____

dichiara

che il tirocinante Dott. _____ nato/a a _____ (___) il
_____ e residente a _____ Cap _____ in Via
_____, ha frequentato il mio studio sito a
_____ in via _____ per gli effetti del tirocinio di cui al D.Lgs. n.
139 / 2005, dal _____ al _____.

DATA

FIRMA E TIMBRO
