

**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

\_\_\_\_\_