

MODELLO DI VARIAZIONE DI STUDIO PROFESSIONALE
(COMUNICAZIONE A CURA PRATICANTE)

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" snc
87027 PAOLA (Cs)

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____
e residente a _____ Cap _____ in Via _____
Tel. _____ codice fiscale: _____, regolarmente iscritto
al Registro dei Praticanti tenuto dall'Ordine di _____ al n. _____,
con decorrenza _____,

comunica che

in data _____ ha interrotto il tirocinio professionale presso lo studio del dott. / rag.
Iscritto all'Ordine di _____ al n. _____

per proseguirlo dalla data del _____ presso lo studio del dott. /rag.
_____ iscritto all'Ordine di Paola al n. _____.

Allegati:

- Attestazione del tirocinio rilasciata dal nuovo professionista;
- Dichiarazione di fine pratica rilasciata dal precedente professionista;
- Libretto di tirocinio regolarmente vidimato alla data di variazione di studio professionale;
- Ricevuta del versamento di € **30,00** sul **c.c. postale n. 87339727** intestato a **Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Paola**, dovuti per diritti di segreteria.
- Fotocopia di un documento di riconoscimento valido da firmare in presenza dei dipendenti di segreteria.

DATA

FIRMA
