

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 da Codesto Ordine 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 \_\_\_\_\_ 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_