

**Al Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili di Vallo della Lucania**

Via Zaccaria Pinto, 19
84078 Vallo della Lucania (SA)

DICHIARAZIONE DEL PROFESSIONISTA

(ai sensi dell'art. 7, comma 1, lett. g, del D.M. 7 agosto 2009 n. 143)

Il/la sottoscritto/a _____
Cognome e nome del Professionista

_____ iscritto con anzianità dal _____ al n. _____ sez. _____

dell'Albo tenuto presso l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Vallo della Lucania, informato che ai sensi del D.M. 7 agosto 2009 n. 143 (Regolamento del tirocinio professionale):

- il tirocinio deve essere svolto presso un professionista iscritto da almeno cinque anni all'Albo e che ha assolto l'obbligo di formazione professionale continua nell'ultimo triennio certificato dall'Ordine (art. 1, comma 5);
- ogni professionista può accogliere nel proprio studio un numero massimo di due tirocinanti, salvo autorizzazione dell'Ordine alla frequenza di un terzo tirocinante (art. 2, comma 3);

ATTESTA

che _____ (di cui foto a lato)
Cognome e nome del Praticante

nato/a a _____ prov. _____

il _____ cod. fisc. _____

al fine di svolgere il periodo di praticantato, previsto dalle vigenti leggi, necessario per l'accesso all'Esame di Stato per il conseguimento dell'abilitazione allo svolgimento della professione di

Dottore Commercialista Esperto Contabile

dal _____ ha iniziato a frequentare il proprio studio sito a

_____ prov. _____

c.a.p. _____ indirizzo _____ tel. _____

fax _____ e-mail _____

PEC _____

Si precisa che l'orario normale di funzionamento dello studio è: _____

e che il tirocinante frequenta nei seguenti orari: _____

Il tirocinio viene svolto con assiduità, diligenza e riservatezza presso lo studio e sotto il controllo personale del sottoscritto, con impegno deontologico alla formazione ed al coinvolgimento del Praticante nello svolgimento delle attività proprie della Professione.

Si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione circa le modalità di svolgimento del tirocinio.

Si autorizza fin d'ora l'eventuale accesso nei locali dello studio da parte del Consigliere all'uopo delegato dalla Commissione di controllo per lo svolgimento del praticantato.

In fede

_____ Data

_____ Timbro e firma

Incollare qui la foto
(formato tessera) del
Praticante e validarla
con il proprio sigillo
professionale

