

**DA RIBATTERE, COMPLETANDO CON I DATI MANCANTI E APPLICANDO UNA MARCA
DA BOLLO DA € 14,62**

RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI COMPIMENTO DEL TIROCINIO

ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI CONTABILI
Via Mazzini n. 9
23100 SONDRIO

Il/la sottoscritto/a dott.
Nato/a a il
Residente in via
iscritto al Registro Praticanti presso l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Sondrio dal
..... al numero, avendo svolto il colloquio finale con la "Commissione
Tirocinio Professionale" in data, ed avendo restituito il Libretto di attestazione
del tirocinio ,

RIVOLGE LA DOMANDA

a codesto spettabile Ordine affinché gli venga rilasciato il Certificato di compimento del tirocinio.

CHIEDE

di essere cancellato dal Registro Tirocinanti ai sensi dell'art. 10 comma 3 D.Lgs 07.08.2009 n. 143, prendo
atto che, ai sensi dell'art .12 del D.Lgs. 28.06.2005 n. 139, richiamato dal comma 1^ art. 12 lettera a) del
D.Lgs. 07.08.2009 n. 143.

Distinti saluti.

Data

Firma del Praticante

Il sottoscritto Dott. (Dominus)

Iscritto all'Ordine di attesta che il Dott. (Praticante)
ha svolto senza interruzione il tirocinio professionale dal

Firma _____

Nel caso di più Dominus, si intende il "Dominus" presso il quale è in corso il tirocinio