Spett.

Consiglio dell’Ordine dei Dottori Commercialisti

e degli Esperti Contabili di Pordenone

Viale G. Marconi, 63

33170 – PORDENONE (PN)

# DOMANDA DI CANCELLAZIONE DAL REGISTRO DEI TIROCINANTI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(se posseduta)*

**CHIEDE**

ai sensi dell’art. 12 del D.M. 7/8/2009 n. 143 la cancellazione dal Registro dei Tirocinanti, consapevole che il periodo di tirocinio già compiuto rimarrà privo di effetti.

A tal fine il/la sottoscritto/a restituisce il libretto di Tirocinio Professionale

A tal fine si allegano i seguenti documenti:

1. Dichiarazione interruzione Dominus
2. Libretto di tirocinio
3. Documento di identità in corso di validità

**Indirizzo per le comunicazioni relative alla procedura** (*da compilare solo se si tratta di indirizzo diverso da quelli di residenza/domicilio sopra indicati)*

Il/La sottoscritto/a dichiara di voler ricevere ogni comunicazione/notifica relativa alla presente procedura al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_o al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegato n.1

**CARTA INTESTATA DELLO STUDIO DEL DOMINUS**

Spett.

Consiglio dell’Ordine dei Dottori Commercialisti

e degli Esperti Contabili di Pordenone

Viale G. Marconi, 63

33170 PORDENONE (PN)

# DICHIARAZIONE DI INTERRUZIONE DEL TIROCINIO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con studio in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto all’Albo dei Dottori Commercialisti Esperti Contabili in possesso del titolo di:

Dottore Commercialista con n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_ ed anzianità dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ragioniere Commercialista con n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_ ed anzianità dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esperto Contabile con n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_ ed anzianità dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ATTESTA**

che il/la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**HA INTERROTTO LO SVOLGIMENTO DEL PERIODO DEL TIROCINIO.**

L’interruzione decorre dal giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. *(indicare il primo giorno di assenza del tirocinante dallo studio)* con la seguente motivazione:   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con osservanza.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Sigillo e firma del professionista)**