Spett.

 Consiglio dell’Ordine dei Dottori Commercialisti

 e degli Esperti Contabili di Pordenone

Viale G. Marconi, 63

 33170 PORDENONE (PN)

# VARIAZIONE DEL PROFESSIONISTA PRESSO CUI E’ SVOLTO IL TIROCINIO [[1]](#footnote-1)

(ai sensi dell’art. 9 Decreto n. 143 del 7 agosto 2009 - G.U. n. 241 del 16 ottobre 2009)

Il/la sottoscritto/a tirocinante Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto al Registro dei Tirocinanti sezione \_\_\_\_\_\_\_ di questo Ordine,

COMUNICA

di aver interrotto il tirocinio professionale presso il/la Dominus Dott. Comm. / Rag. Comm. /Esp. Cont \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e di aver ripreso il tirocinio presso lo studio del Dominus Dott. Comm. / Rag. Comm. /Esp. Cont \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con decorrenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, come da allegate dichiarazioni.

A tal fine si allegano i seguenti documenti:

1. Dichiarazione interruzione precedente Dominus
2. Dichiarazione inizio attuale dominus
3. Libretto di tirocinio debitamente compilato fino alla data di variazione e sottoscritto ai sensi dell’articolo 10 del Decreto n. 143/2009.
4. Documento di identità in corso di validità

Con osservanza.

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

 Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE INTERRUZIONE TIROCINIO

FAC-SIMILE DA RICOPIARE (in carta semplice)

**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)

**TIROCINIO PER L’AMMISSIONE ALL’ESAME PER L’ABILITAZIONE**

**ALL’ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE**

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)*

**DICHIARA**

di aver sottoscritto il libretto di tirocinio ai sensi dell’art. 10 del Decreto n. 143/2009

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

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

 **(Sigillo e firma del professionista)**

***DICHIARAZIONE DI INIZIO TIROCINIO***

**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)

**TIROCINIO PER L’AMMISSIONE ALL’ESAME PER L’ABILITAZIONE**

**ALL’ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con studio in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iscritto/a all’Albo dei Dottori Commercialisti e degli 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(quest’ultimo solo per i tirocinanti iscritti alla sez. B oppure, nel periodo prima del conseguimento della laurea, i tirocinanti iscritti alla sezione A in convenzione)*

**ATTESTA**

1. di aver accettato il/la Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso il proprio studio ai fini dello svolgimento del periodo di Tirocinio;

1. di impegnarsi alla formazione professionale e deontologica del/della Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. che il tirocinio decorre dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. che lo studio ove il tirocinio si svolgerà è normalmente aperto nei giorni della settimana [ ] Lun [ ] Mar [ ] Mer [ ] Gio [ ] Ven [ ] Sab con i seguenti orari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. che il/la tirocinante normalmente frequenterà detto studio nei seguenti giorni e orari:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | Sabato |
|  |  |  |  |  |  |

*(minimo 20 ore alla settimana)*

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente, e comunque entro 15 giorni, qualsiasi variazione circa le modalità di svolgimento del tirocinio (orari, sede, cessazione, …).

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

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

 **(Sigillo e firma del professionista)**

1. Si ricorda che il tirocinante deve essere iscritto al Registro di Tirocinio dell’Ordine presso cui è iscritto/a il/la Dominus. Il presente modulo non deve essere utilizzato nel caso sia necessario il trasferimento ad altro Ordine. Contattare la segreteria per chiarimenti. [↑](#footnote-ref-1)