***DICHIARAZIONE RIPRESA 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)**