

IN MARCA DA BOLLO
DA 16 EURO

Al Consiglio dell'Ordine
dei Dottori Commercialisti e
degli Esperti Contabili di Brescia
Via Marsala 17
25122 BRESCIA

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____ n. _____

Iscritto al N. _____ del Registro Praticanti dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Brescia

Dichiara

Di aver svolto il tirocinio professionale

- dal _____ al _____ presso lo studio del Dr. _____
a _____ in Via _____ n. _____ iscritto all'Albo dei
Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Brescia al N. _____

- dal _____ al _____ presso lo studio del Dr. _____
a _____ in Via _____ n. _____ iscritto all'Albo dei
Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Brescia al N. _____

Chiede

- Il rilascio del certificato di compimento del tirocinio e la cancellazione dal Registro dei Praticanti
- Il rilascio del certificato di compimento del tirocinio mantenendo l'iscrizione al Registro Praticanti presso lo Studio del Dott./Rag. _____ impegnandosi a comunicare ogni variazione entro 15 giorni. A tal fine si allega attestazione di versamento della quota di iscrizione al registro medesimo di € 100,00 intestato all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Brescia – Banca Popolare di Sondrio – Agenzia di Brescia, Via Benedetto Croce n. 22 – **IBAN : IT96 F 05696 11200 000016144X39**

Provvederà personalmente al ritiro del certificato

_____ data

_____ firma