



ORDINE dei DOTTORI COMMERCIALISTI  
e degli ESPERTI CONTABILI  
per la giurisdizione del Tribunale di Castrovillari

87012 – Castrovillari (CS) Viale del Lavoro n. 128 tel. e fax n. 0981 27973  
87064 – Corigliano-Rossano (CS) Viale Sant'Angelo snc tel. e fax n. 0983 516088  
mail: [odccv@tiscali.it](mailto:odccv@tiscali.it) PEC: [segreteria@odceccv.legalmail.it](mailto:segreteria@odceccv.legalmail.it)

**TIROCINIO PER L'AMMISSIONE ALL'ESAME PER L'ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI DOTTORE COMMERCIALISTA .**

Il Sottoscritto.....Dottore Commercialista / Ragioniere Commercialista  
iscritto presso l'Ordine di.....

**Dichiara**

che il Dottore ..... nato a.....(.....) il  
..... e residente in ..... alla Via .....  
n. .... Cap ..... Tel. .... Codice fiscale ..... in data  
.....

ha compiuto il tirocinio professionale per l'esercizio all'attività di Dottore Commercialista sez A .

Ai sensi dell'art. 1 del citato D.M., si dichiara altresì che il tirocinio è stato svolto con assiduità, diligenza e riservatezza presso lo studio e sotto il controllo personale coinvolgendo il praticante nello svolgimento delle attività proprie della professione.

Data \_\_\_\_\_

In Fede

\_\_\_\_\_

*(timbro e firma del professionista)*