



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 PEC: 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)