

Spett.le
Consiglio dell'Ordine dei dottori
commercialisti e degli esperti contabili
di CASTROVILLARI
VIALE DEL LAVORO N. 128
87012 – CASTROVILLARI (CS)
Tel. e fax 0981/27973
e-mail odccv@tiscali.it
PEC segreteria@odceccv.legalmail.it

COMUNICAZIONE RIPRESA DEL TIROCINIO

Il sottoscritto dott. _____ nato a
_____ il _____ residente in
_____ alla via _____
Codice Fiscale _____, mail
_____ tel. _____ iscritto al
n. _____ del Registro dei Tirocinanti dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti
Contabili di Castrovillari nella Sezione:

Dottore Commercialista

Esperto Contabile

con decorrenza dal _____

COMUNICA

La ripresa del tirocinio presso lo studio del dott./rag. _____

Ai sensi del DECRETO 7 agosto 2009, n. 143 (Regolamento del tirocinio professionale per l'ammissione all'esame di abilitazione all'esercizio della professione di dottore commercialista e di esperto contabile, ai sensi dell'articolo 42, comma 2, del decreto legislativo 28 giugno 2005, n. 139), art. 8 c. 7: “Entro quindici giorni dalla cessazione della causa di sospensione il tirocinante comunica al Consiglio dell'ordine di aver ripreso il tirocinio indicandone la relativa data. Il Consiglio dell'Ordine ne prende atto. Il tirocinio si prolunga per un periodo pari alla durata della sospensione.”

Distinti saluti

Firma Tirocinante _____

Con riferimento al Regolamento europeo (GDPR) 2016/679, successive integrazioni e disposizioni, per la protezione dei dati personali, il sottoscritto presta il proprio consenso a codesto Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti di Castrovillari, affinché questi provveda nello svolgimento delle sue funzioni istituzionali al trattamento dei dati personali sopra forniti e alle eventuali comunicazioni a terzi, consapevole che la mancata autorizzazione comporta l'impossibilità di accettazione della richiesta. Presto il consenso avendo preso visione dell'informativa in merito messa a disposizione dell'ufficio negli spazi pubblici e sul sito istituzionale e comunque avendo ricevuto adeguata informativa.

Data _____

Firma Tirocinante _____

ATTESTAZIONE DEL DOMINUS

Il sottoscritto dott./rag. _____,
iscritto al n. _____ dell'Albo dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili
di Castrovillari,

COMUNICA

ai sensi dell'art. 8 comma 7 del Decreto 7 agosto 2009, n. 143, che il dott.
_____ ha ripreso lo svolgimento del Tirocinio
dal _____

In fede

Data _____ Firma Dominus _____

Si dichiara che il tirocinio si svolge con le seguenti modalità:

TEMPO PIENO

Nei giorni di:

lun mar merc gio ven sab

dalle ore _____ alle ore _____

e dalle ore _____ alle ore _____

TEMPO PARZIALE^{1 2}

Nei giorni di:

lun mar merc gio ven sab

dalle ore _____ alle ore _____

e dalle ore _____ alle ore _____

Annotazioni:

Data _____

Firma del Dominus

Firma del Tirocinante

¹ Si ricorda che è necessario svolgere almeno 20 ore settimanali compatibili con l'orario ordinario dello studio.

² In questo caso si dovrà specificare (Rapporti di dipendenza/Prestazione d'opera) quale altra attività svolge il tirocinante, pena la nullità del presente modulo.