

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

Richiesta di sospensione 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 _____

RICHIEDE

La sospensione del periodo di tirocinio per la Sezione

Dottore Commercialista

Esperto Contabile

per un periodo di:

Tre mesi (senza giustificato motivo)

n. _____ mesi per il seguente giustificato motivo (il periodo di sospensione non potrà superare i nove mesi e, l'accoglimento della richiesta è rimessa alla valutazione del Consiglio dell'Ordine)

dal _____ al _____

Specificare il motivo della sospensione:

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. 6: "Entro quindici giorni dal verificarsi di una delle cause di sospensione, il tirocinante ovvero il professionista, qualora non provveda il tirocinante, deve darne comunicazione al Consiglio dell'Ordine che delibera in merito."

Ai sensi del DPR 137/2012, art. 6 c. 7: "tirocinio professionale per l'ammissione all'esame di abilitazione all'esercizio della professione" consapevole che qualora la sospensione si protragga oltre il termine previsto di nove mesi, si determina l'interruzione del tirocinio ed il periodo di pratica già compiuto rimane privo di effetti.

Distinti saluti

Firma Tirocinante _____

Allega:

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, autorizza il tirocinante a sospendere il tirocinio ai sensi del DPR 137/2012.

Data _____

Firma Professionista _____