

ATTESTAZIONE INIZIO TIROCINIO
(A CURA DEL PROFESSIONISTA)

Marca da
bollo
€. 16,00

Spett.le
CONSIGLIO DELL'ORDINE
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI COSENZA
Viale G.Mancini Largo G. Auletta
87100 COSENZA

Il/La sottoscritto/a Dott./Rag _____ nato a _____
il _____ e residente a _____ Cap _____ in Via
_____ Tel. _____ codice fiscale:
_____, regolarmente iscritto all'Albo dei Dottori Commercialisti e
degli Esperti Contabili di Cosenza al N. _____ con anzianità _____

a t t e s t a

che il tirocinante⁽¹⁾ Dott. _____ nato/a a _____ (____)
il _____ e residente a _____ Cap _____ in
Via _____,

è ammesso a frequentare il mio studio sito a _____ Cap _____ in
Via _____ Tel. _____ Fax. _____, a partire dal
_____ per gli effetti del tirocinio di cui all'art.9, comma 6 del D.L. 24/01/2012,
convertito con modificazioni dalla Legge 24/03/2012 n.27.

DATA

FIRMA E TIMBRO

¹ Si ricorda la delibera del Consiglio di quest'Ordine secondo cui, al fine di garantire una regolare attività di tirocinio, il professionista non potrà ammettere nel proprio Studio un numero di praticanti superiore a tre unità.