

**DICHIARAZIONE DI FINE PRATICA
(COMUNICAZIONE A CURA DEL PRECEDENTE PROFESSIONISTA)**

**MARCA DA
BOLLO
€ 16,00**

Spett.le
CONSIGLIO DELL'ORDINE
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI
CONTABILI DI PAOLA
Rione S. Agata Centro Commerciale "LE MUSE" nc
87027 PAOLA (Cs)

Il sottoscritto 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 Paola al N. _____ con anzianità

dichiara

che il tirocinante Dott. _____ nato/a a _____
() il
_____ e residente a _____ Cap _____ in Via
_____, ha frequentato il mio studio sito a
_____ in via _____ per gli effetti del tirocinio di cui al D.Lgs. n.
139 / 2005, dal _____ al _____.

DATA

FIRMA E TIMBRO
