

Spett.le
CONSIGLIO DELL'ORDINE
DOTTORI COMMERCIALISTI
ED ESPERTI CONTABILI DI BARI
Via Venezia 13
70122 - BARI

DOMANDA PER LA SOSPENSIONE DEL TIROCINIO

(ai sensi dell'art. 8 Decreto n. 143 del 7 agosto 2009 - G.U. n. 241 del 16 ottobre 2009)

Il sottoscritto tirocinante Dott. _____,

Codice fiscale _____;

nato a _____ (____) il _____,

e residente in _____ (____), Via _____ n. _____,

CAP _____ tel. _____, E-mail _____

chiede la sospensione del tirocinio in corso presso _____
nato a _____ il _____, con studio in _____ Cap
_____ Via _____ iscritto all'Albo dei Dottori
Commercialisti e degli Esperti Contabili in possesso del titolo di:

- Dottore Commercialista con n. iscrizione _____ ed anzianità dal _____
- Ragioniere Commercialista con n. iscrizione _____ ed anzianità dal _____
- Esperto Contabile con n. iscrizione _____ ed anzianità dal _____

per i seguenti motivi:

- malattia
- gravidanza
- infortunio
- servizio militare / civile
- ex art. 8, comma 4 Decreto n. 143/2009
- altro: _____

La sospensione decorre dal giorno _____. (indicare il primo giorno di assenza del tirocinante dallo studio).

Si impegna a comunicare all'Ordine ogni variazione alle informazioni fornite con la presente istanza.

Con osservanza.

Luogo e data _____

Firma _____