

DA RIPORTARE SU CARTA INTESTATA DEL PROFESSIONISTA

DICHIARAZIONE DI FREQUENZA DELLO STUDIO
--

Il sottoscritto dott./ rag. _____ in qualità di Dominus,

DICHIARA

- a) di essere in regola con gli obblighi relativi alla formazione professionale obbligatoria;
- b) di essere iscritto all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili da almeno cinque anni;
- c) di impegnarsi alla formazione del tirocinante ai sensi del Vigente Codice Deontologico;

ed il dott. _____, in qualità di Tirocinante, in relazione alla domanda di iscrizione al Registro dei Tirocinanti dottori commercialisti/esperti contabili

DICHIARANO CONGIUNTAMENTE

Che lo svolgimento del tirocinio, presso la Studio Professionale, si svolge con le seguenti modalità:

- a) luogo di svolgimento della pratica _____
- b) con il seguente orario (barrare la casella):

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì

A tempo pieno dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

A tempo parziale dalle ore _____ alle ore _____ nei giorni (barrare la casella) :

Trieste,

Firma del Dominus

Firma del Tirocinante