

## SCHEDA 1

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

Con Studio in \_\_\_\_\_

### Dichiara

che il Dott. \_\_\_\_\_ svolge il periodo di praticantato presso il proprio Studio a far data dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Dichiara inoltre

che il Dott. \_\_\_\_\_ svolge il tirocinio per un periodo di tempo non inferiore a 4 ore giornaliere (per un totale non inferiore a 20 ore settimanali) dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

oppure

che il Dott. \_\_\_\_\_ svolge il tirocinio nell'ambito dell'accordo tra l'Ordine e l'Università sotto forma di STAGE di durata non inferiore a 225 ore (*art. 1 punto 1 dell'accordo tra l'Ordine e l'Università*), oppure 300 ore (*art. 3 punto 1 dell'accordo tra l'Ordine e l'Università*)

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Firma del Collega

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_