

Carta intestata dello Studio

Spett.le
ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI VARESE
Piazza Monte Grappa, 4
21100 VARESE

**TIROCINIO PER L'AMMISSIONE ALL'ESAME PER L'ABILITAZIONE
ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI DOTTORE COMMERCIALISTA**

Attestazione resa ai sensi dell'art. 8 comma 3 - del D.M. 7 agosto 2009, n. 143

Il sottoscritto _____ Dottore / Ragioniere Commercialista

Iscritto presso l'Ordine di Varese dal _____ al n. _____

COMUNICA

ai sensi dell'art. 8 comma 3 - del D.M. 7 agosto 2009, n. 143, che il

Dott. _____

Nato a _____ (____) il _____

Residente in _____ (____) Via _____ N. _____

CAP _____ Tel. _____ Codice Fiscale _____

Ha interrotto lo svolgimento del periodo di tirocinio per _____

L'interruzione decorre dal _____

Data _____

In fede

firma del professionista