

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

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

Il Sottoscritto Dott. _____

Nato a _____ (____) il _____

Residente in _____ (____) Via _____

N. _____ cap _____ Tel. _____ codice fiscale _____

e-mail _____

RIVOLGE DOMANDA

di cancellazione dal **Registro dei Praticanti**, ai sensi dell'art. 5 del Decreto del Ministero di Grazia e Giustizia n. 143 del 7 agosto 2009 pubblicato sulla G.U. n. 241 del 16 ottobre 2009;

per trasferimento all'Ordine di _____

Luogo e data _____

Firma
