

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

marca da bollo € 16,00

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 iscrizione nel **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 dall'Ordine di _____

Allega:

Attestazioni Dominus (cessazione Dominus precedente e inizio nuovo Dominus)

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

Dichiarazione di consenso espresso ai sensi dell'art. 11/L.675/96 "Privacy"

N. 2 fotografie formato tessera

Fotocopia del codice fiscale

Fotocopia della carta d'identità

Luogo e data _____

Firma
