

FAC SIMILE DA COMPILARE A CURA DEL PRATICANTE

Trani, li _____

Spett.le
**Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili**
Via Prologo, 37
76125 Trani (BT)

Io sottoscritto _____ nato a _____
il _____ Tel. _____

comunico

che il giorno _____ ho interrotto il tirocinio presso lo studio del dott./rag.
_____ e che il giorno _____ ho iniziato a svolgere
tirocinio presso lo studio del dott./rag. _____ iscritto all'Albo di
_____ da almeno 5 anni.

In fede

(firma)

**FAC SIMILE DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA A CURA DEL PROFESSIONISTA PRESSO
IL QUALE SI INTERROMPE IL RAPPORTO DI PRATICANTATO**

Trani, li _____

Spett.le
**Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili**
Via Prologo, 37
76125 Trani (BT)

Io sottoscritto _____ nato a _____
il _____ tel. _____ iscritto all'Albo dell'Ordine di

comunico

che dal giorno _____ il praticante dott. _____ ha interrotto
il tirocinio presso il mio studio.

In fede

(Firma e sigillo/timbro)

**FAC SIMILE DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA A CURA DEL PROFESSIONISTA PRESSO
IL QUALE SI INIZIA IL RAPPORTO DI PRATICANTATO**

Trani, li _____

Spett.le
**Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili**
Via Prologo, 37
76125 Trani (BT)

Io sottoscritto _____ nato a _____
il _____ tel. _____ iscritto all'Albo dell'Ordine di
_____ (*) da almeno 5 anni

comunico

che dal giorno _____ il praticante dott. _____ ha iniziato a
svolgere tirocinio presso il mio studio.

In fede

(Firma e sigillo/timbro)

(*) per i dottori iscritti ad un Albo diverso da quello di Trani occorre specificare l'assenza di provvedimenti disciplinari a proprio carico