

FAC SIMILE DA PRESENTARE SU CARTA INTESTATA DELLO STUDIO

**CERTIFICAZIONE DEL PROFESSIONISTA DI AMMISSIONE ALLA
FREQUENZA DELLO STUDIO PER LO SVOLGIMENTO DEL TIROCINIO
OBBLIGATORIO PER L'ESAME DI ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA
PROFESSIONE DI DOTTORE COMMERCIALISTA ED ESPERTO CONTABILE
(AI SENSI DEL D. LGS. 139/2005 E DEL D.M. 143/2009).**

Il/La sottoscritto/a Commercialista/Esperto
Contabile nato/a a il, residente a
....., iscritto/a presso l'Ordine di Livorno dal, Partita
IVA

DICHIARA

di aver preso visione delle norme del Regolamento di tirocinio di cui al D.M. 7 agosto 2009 n.
143

ATTESTA

che il dott./dott.ssa....., nato/a a il
....., residente a in Via
in possesso della Laurea in,
classe n., rilasciata dall'Università degli Studi di
in data, è ammesso/a a frequentare lo Studio come primo / secondo
praticante a far data dal, con il seguente orario giornaliero
....., durante il normale orario di funzionamento dello studio,
che risulta essere il seguente:.....

Il/La sottoscritto/a si impegna a trasmettere al tirocinante la professione da un punto di vista
deontologico, di tecnica e di prassi professionale, in ossequio ai principi ed alle regole
contenute nel Codice deontologico dei Dottori Commercialisti ed agli Esperti Contabili.

Livorno,

Timbro e firma