



Spett.le
Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili
Corso Mazzini n. 151
63100 ASCOLI PICENO

Richiesta cancellazione tirocinante

- Il sottoscritto dott. _____, C.F.: _____ iscritto al n. _____ del Registro dei Tirocinanti dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Ascoli Piceno;
- Il sottoscritto dott./rag. _____, C.F.: _____ iscritto al n. _____ dell'Albo dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Ascoli Piceno Sez. _____

RICHIEDONO

La **CANCELLAZIONE** dal Registro del tirocinio del dott. _____ per la

Sezione

- Dottore Commercialista**
- Esperto Contabile**

con decorrenza dal _____

Specificare il motivo della richiesta di cancellazione:

I sottoscritti dichiarano di aver ricevuto le informazioni di cui all'art.13 e all'art.14 del GDPR 679/2016, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dalla legge dall'art.15 all'art.22 del GDPR 679/2016. Acconsentono e al trattamento dei propri dati personali e particolari, con le modalità e per le finalità indicate, e per l'esecuzione di quanto richiesto.

Distinti saluti.

Data _____

Firma Tirocinante _____ Firma Professionista _____