



ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI ASCOLI PICENO

Mod. RVD | REV 0

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

Variazione Studio Professionale

Il sottoscritto dott. _____, iscritto al n. _____ del Registro dei Tirocinanti tenuto da Codesto Spettabile Ordine, sezione:

↳ Dottore Commercialista

↳ Esperto Contabile

comunica di aver cambiato lo studio professionale presso il quale svolge il tirocinio. Precisa quanto segue:

- Tirocinio svolto fino al _____ presso lo studio del Dott./Rag. _____;
- Tirocinio svolto dal _____ presso lo studio del Dott./Rag. _____.

Allega pertanto le relative attestazioni rilasciate dai suddetti professionisti.

Il sottoscritto dichiara 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. Acconsente 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.

_____, li _____

firma _____

Corso Mazzini, 151 – 63100 Ascoli Piceno – Tel. e Fax 0736/261994 – 257323 Codice fiscale 92045280440

Email: segreteria@odcecascolipiceno.it

Pec: ordine.ascolipiceno@pec.commercialisti.it



ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI ASCOLI PICENO

(carta intestata del professionista)

Spett.le
Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili di Ascoli Piceno
Coso Mazzini 151

63100 ASCOLI PICENO

Cessazione tirocinio dott.

Il sottoscritto dott./rag. _____, iscritto all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Ascoli Piceno al n. _____, comunica che il dott. _____ ha interrotto il tirocinio professionale presso il proprio Studio professionale dal giorno _____.

Il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali, con le modalità e per le finalità indicate, e per l'esecuzione di quanto richiesto.

Distinti saluti.

_____, lì _____

Firma e Timbro



ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI ASCOLI PICENO

N.B.

La presente comunicazione deve essere trasmessa entro 15 gg dalla data di interruzione del tirocinio. Il presente modulo può essere presentato anche tramite PEC nel caso la Segreteria fosse chiusa al fine di rispettare il termine dei 15 gg previsti dal regolamento.

Si ricorda di attestare nel libretto del tirocinio l'ultimo periodo di pratica svolto.

(carta intestata del professionista)

Spett.le
Consiglio dell'Ordine dei
Dottori Commercialisti e degli
Esperti Contabili di Ascoli Piceno
Corso Mazzini n. 151
63100 ASCOLI PICENO

Il sottoscritto Dott./Rag. _____ nato a
_____ (prov. _____) il _____ con Studio in
_____ cap _____ Via
_____ n. _____ tel _____ fax

_____, iscritto all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti
Contabili di _____ al n. _____ dal _____ iscritto al
Registro dei Revisori Contabili con provvedimento del (G.U. n. _____ del
_____),

ATTESTA

Ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000 art. 46, a conoscenza delle responsabilità penali a cui può incorrere ai sensi dell'art. 76 in caso di dichiarazione mendace e ai sensi dell' art. 42 c. 1, del D. Lgs 139/2005 e art. 8 del regolamento sul Tirocinio che il dott.

_____ nato a _____ il
_____ e residente a _____ ha iniziato in data
_____, nei seguenti giorni



ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI ASCOLI PICENO

LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO
<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____

<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____
ore giornaliere n. ____	ore giornaliere n. ____	ore giornaliere n. ____	ore giornaliere n. ____	ore giornaliere n. ____	ore giornaliere n. ____

per un totale di ore _____ settimanali, svolge presso questo studio il tirocinio previsto ai fini del compimento di pratica necessario per sostenere gli esami di abilitazione