



ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI ASCOLI PICENO

Mod. RST | REV 0

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

### Richiesta di sospensione del tirocinio

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_, (tel. \_\_\_\_\_) iscritto  
al n. \_\_\_\_\_ del Registro dei Tirocinanti dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti  
Contabili di Ascoli Piceno nella Sezione:

↳ Dottore Commercialista

↳ Esperto Contabile

○ con decorrenza dal \_\_\_\_\_, nella Sezione: \_\_\_\_\_

RICHIEDE

#### **La sospensione del periodo di tirocinio per la Sezione**

- Dottore Commercialista**
- Esperto Contabile**

per un periodo di:

↳ Tre mesi (senza giustificato motivo)

↳ n. \_\_\_\_\_ mesi per il seguente giustificato motivo (il periodo di sospensione non potrà superare  
i nove mesi e, l'accoglimento della richiesta è rimessa alla valutazione del Consiglio dell'Ordine)

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

Email: [info@odcecascolipiceno.it](mailto:info@odcecascolipiceno.it) – [segreteria@odcecascolipiceno.it](mailto:segreteria@odcecascolipiceno.it)

Pec: [ordine.ascolipiceno@pec.commercialisti.it](mailto:ordine.ascolipiceno@pec.commercialisti.it)



ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI ASCOLI PICENO

o dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Specificare il motivo della sospensione:

---

---

---

Ai sensi del DPR 137/2012, art. 6 c. 7 del “tirocinio professionale per l’ammissione all’esame di abilitazione all’esercizio della professione” consapevole che qualora la sospensione si protragga oltre il termine previsto di nove mesi, si determina l’interruzione del tirocinio ed il periodo di pratica già compiuto rimane privo di effetti

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.

Firma Tirocinante \_\_\_\_\_

**ATTESTAZIONE DEL DOMINUS**

Il sottoscritto dott./rag. \_\_\_\_\_, iscritto al n. \_\_\_\_\_ dell’Albo dell’Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Ascoli Piceno, autorizza il tirocinante a sospendere il tirocinio ai sensi del DPR 137/2012.

Data \_\_\_\_\_

Firma Professionista \_\_\_\_\_