



ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI ASCOLI PICENO

Mod. RCT | REV 0

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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Distinti saluti.

Data \_\_\_\_\_

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