



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.

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_



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 \_\_\_\_\_.

Distinti saluti.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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

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 ____

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

Email: [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

<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