



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

o 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 – segreteria@odcecascolipiceno.it

Pec: 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

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 _____