

## **DICHIARAZIONE INIZIO TIROCINIO**

AL CONSIGLIO DELL'ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI  
E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI  
MACERATA E CAMERINO  
P.zza della Libertà, 23 (Palazzo Amici)  
62100 MACERATA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

con studio in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

iscritto al n. \_\_\_\_\_ dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di  
Macerata e Camerino

### **DICHIARA ai sensi dell'art. 7 del D. 143/2009**

- che il Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ ha iniziato in data \_\_\_\_\_, presso il  
proprio studio, il tirocinio previsto ai fini del compimento del periodo di tirocinio necessario  
per sostenere gli esami di abilitazione.
- di impegnarsi a garantire il rispetto del numero di ore previsto nella convenzione.

Orario di funzionamento dello studio professionale:

lunedì \_\_\_\_\_  
martedì \_\_\_\_\_  
mercoledì \_\_\_\_\_  
giovedì \_\_\_\_\_  
venerdì \_\_\_\_\_  
sabato \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del capo 5 artt:35, 36, 37 del codice deontologico della  
professione approvato dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili  
in data 17 dicembre 2015 e dichiara di essere in possesso della certificazione, rilasciata ai fini  
dell'espletamento della formazione professionale obbligatoria relativa al triennio ( \_\_\_\_\_ /  
\_\_\_\_\_ )

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

In fede

\_\_\_\_\_

All. documento di identità valido.