

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE COMPIUTO TIROCINIO

*Marca
da bollo
16,00*

Al Consiglio dell'Ordine
dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili di Frosinone
Piazza Sandro Pertini, 1
Pal. S.I.F. – Sc. B – 8° piano
03100 FROSINONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____ residente a
_____ tel. _____

iscritto/a nel Registro Tirocinanti di questo Ordine

nella sezione A

nella sezione B

avendo compiuto il periodo di tirocinio professionale ai sensi e per gli effetti del D.M. 7 agosto
2009, n. 143

C H I E D E

il rilascio del certificato di compiuto tirocinio necessario per l'ammissione all'esame di abilitazione
all'esercizio della professione di dottore commercialista o di esperto contabile.

Distinti saluti.

Data

Firma

In allegato consegnare:

- EURO 10,00 in contanti per diritti;
- n. 1 marca da bollo da EURO 16,00 da applicare sul certificato.

(In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 15 della L. 12 Novembre 2011 n. 183, il certificato conterrà la seguente dicitura: Il presente certificato non può essere prodotto agli organi della pubblica amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi)