

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DAL REGISTRO PRATICANTI

Spettabile
ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI CONTABILI DI CAGLIARI
Viale Trento n. 94
09123 CAGLIARI

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____

(Nome) _____

Nato/a (Comune) _____ (Prov) _____ il _____

Il (Indirizzo) _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in (Comune) _____

In (Indirizzo) _____ n. _____

Iscritto/a al Registro Tirocinanti presso l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Cagliari al n. _____,

CHIEDE

La cancellazione dal Registro dei Tirocinanti ai sensi degli artt. 40 e 42 del D.Lgs. 28 giugno 2005 n. 139, art. 12 del D.M. 7 agosto 2009 n. 143,
rinunciando alla suddetta iscrizione.

Sono consapevole che conseguentemente, il periodo fino ad ora maturato rimane privo di effetti.

Allego alla presente il libretto di attestazione del tirocinio

Luogo e data, _____

Firma
