

Carta intestata dello studio

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

ATTESTAZIONE DEL DOMINUS
Resa ai sensi dell'art. 7 comma 1 lettera g, del D.M. 7 agosto 2009 n. 143

La/il sottoscritta/o _____

Dottore Commercialista – Ragioniere Commercialista – Esperto contabile iscritta/o all'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di CAGLIARI

Con anzianità dal _____ al n. _____

Con studio professionale in _____ Via _____

Tel. _____

Dichiarando con la presente

- di essere Revisore Legale come da G.U. n. _____ del _____
- di essere iscritta/o all'Albo nella Sezione A B da più di cinque anni
- di aver assolto nel triennio precedente all'obbligo della Formazione Professionale Continua
- di non essere sottoposto a procedimenti disciplinari;

DICHIARA

Di prendere in qualità di praticante il/la Dott./ Dott.ssa _____

nata/o a _____ il _____ e residente a _____
Via _____

presso il proprio studio ai fini dello svolgimento del periodo di tirocinio a decorrere dal giorno _____, praticantato che viene svolto nei seguenti giorni (barrare la casella):

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

A tempo pieno dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____

A tempo parziale dalle ore _____ alle ore _____

Dichiara altresì che il/la Dott./Dott.ssa _____

- è l'unico tirocinante nel proprio studio
- il secondo tirocinante ammesso a frequentare il proprio studio
- il terzo tirocinante ammesso a frequentare il proprio studio.

La/il sottoscritta/o si impegna altresì

- ad istruire il tirocinante, anche con esercitazioni pratiche, sulle materie tecniche oggetto della professione e sui principi di deontologia professionale, secondo quanto previsto dal D.Lgs. 28/6/2005 n. 139;
- ad istruire il tirocinante sull'osservanza delle norme del Codice Deontologico dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, emanate dal Consiglio Nazionale;
- a comunicare tempestivamente per iscritto all'Ordine di Cagliari ogni variazione inerente la pratica professionale;
- dichiara, altresì, di aver preso visione del Regolamento del Tirocinio Professionale D.M. 7 agosto 2009 n. 143.

Luogo e data _____

In fede

(firma del Dominus ed impronta del sigillo)