

Ill.mo
Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e
degli Esperti Contabili di Cagliari
Viale Trento 94 – 09123 – Cagliari

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
provincia (_____) il _____ codice fiscale _____
residente a _____ provincia (_____) via/piazza _____
n° _____ CAP _____ telefono _____ cellulare _____
e-mail _____ PEC _____
domiciliato a¹ _____ provincia (_____) via/piazza _____
n° _____ CAP _____ telefono _____ cellulare _____
iscritto/a al numero _____ del Registro dei Tirocinanti Commercialisti Esperti Contabili tenuto
presso di Voi

CHIEDE

l'interruzione della pratica professionale ai sensi dell'art. 6 comma 7, del DPR 137/2012 per 3 (tre mesi) a decorrere dal _____

della pratica professionale ai sensi dell'art. 6 comma 7, del DPR 137/2012 per 9 (nove mesi) a decorrere dal _____ per la seguente motivazione:

Sono consapevole che l'interruzione della pratica oltre il periodo sopra riportato comporta l'inefficacia della pratica preventivamente svolta.

Sono inoltre consapevole che il periodo di interruzione della pratica verrà recuperato fino all'effettivo completamento dell'intero periodo previsto.

Luogo e data _____ Firma Tirocinante _____

DOCUMENTI ALLEGATI

- libretto di attestazione del tirocinio
 documentazione a supporto della motivazione dell'interruzione

¹ compilare solo in caso di domicilio diverso dalla residenza e indicare l'indirizzo dove ricevere la corrispondenza