

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

**TIROCINIO PER L'AMMISSIONE ALL'ESAME PER L'ABILITAZIONE
ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE
DI DOTTORE COMMERCIALISTA/ESPERTO CONTABILI**

**DICHIARAZIONE CONGIUNTA IN MERITO
ALLA FREQUENZA DELLO STUDIO**

La/Il sottoscritta/o Dott. _____ (dominus)

E la/il Dott. _____ (praticante)

In relazione alla domanda di iscrizione al Registro dei Praticanti, dichiarano congiuntamente che lo svolgimento del **TIROCINIO IN CONVENZIONE** presso lo studio professionale si svolge 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 _____

ANNOTAZIONI:

Cagliari,

Firma Dominus

Firma Tirocinante
