

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 a<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ 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

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