

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

I sottoscritti

Dott. / Dott.ssa _____ (*tirocinante*) nato/a a _____
prov. ____ il _____ iscritto/a al numero _____ del Registro dei Tirocinanti Commercialisti
 Esperti Contabili tenuto presso di Voi

e

Dott. / Dott.ssa _____ (*dominus¹*) nato/a a _____
prov. ____ il _____ iscritto/a al numero _____ dell'Ordine dei Dottori Commercialisti ed
Esperti Contabili di Cagliari

COMUNICANO CHE

in data _____ il/la tirocinante ha ripreso lo svolgimento del tirocinio professionale precedentemente
sospeso a far data dal _____

Luogo e data _____

Firma Dominus _____

Firma Tirocinante _____

N.B. La ripresa deve essere comunicata entro 15 giorni alla segreteria dell'Ordine (art. 8 comma 6 D.M. n. 143 del 7/08/2009).

¹ Se in seguito all'interruzione varia il Dominus alla presente comunicazione dovrà essere allegata l'attestazione del nuovo Dominus ed il modulo elenco materie