

All'Ordine dei Dottori
Commercialisti e degli Esperti Contabili
di Macerata e Camerino
P.zza Della Libertà, 23
62100 MACERATA

Il/La sottoscritto/a Dott. /ssa _____
nato/a a _____ (_____) il giorno _____,
e residente in _____, Via _____,
n°____, CAP _____, cell. _____ in possesso del diploma di laurea* in
_____, conseguito
presso 'Università degli Studi di _____ (_____) in
data _____, iscritto al n. _____ del Registro del Tirocinio presso questo Ordine
avendo svolto il periodo di tirocinio professionale dal _____ al _____ presso il
professionista _____ previsto per l'accesso alle
professioni regolamentate ai sensi dell'art. 9, comma 6, del D.L. 24 gennaio 2012, convertito con
modificazioni dalla L. 24 marzo 2012 n. 27

CHIEDE

Il rilascio del certificato di compimento del periodo di tirocinio previsto..

A tal fine deposita contestualmente in data odierna il Libretto di attestazione del tirocinio

Luogo e data; _____

Firma: _____

* specificare il tipo di laurea: (quadriennale vecchio ordinamento – triennale – specialistica - magistrale)