

Allegato 2.

CARTA INTESTATA DEL PROFESSIONISTA

CERTIFICAZIONE DI INIZIO DEL TIROCINIO

Il sottoscritto Dott/ Rag. _____
con studio in _____ Via _____ n. _____
iscritto da almeno cinque anni al N. _____ dell'Albo dei Dottori Commercialisti e degli
Esperti Contabili di Ferrara , visto l'art.7 del Decreto 7 agosto 2009 n. 143

CERTIFICA

che il dott. _____ nato a _____ il _____
e residente in _____ (Prov _____) Via _____ n. _____
laureato presso l'Università degli Studi di _____ ha iniziato il tirocinio presso
il proprio studio in data _____ e che il tirocinio è in corso alla data del rilascio della
presente certificazione ed è svolto nei seguenti giorni ed orari _____
nell'ambito del normale funzionamento dello studio, i cui orari e giorni di attività nello specifico
sono i seguenti.....

Si impegna inoltre alla formazione del tirocinante nel rispetto di quanto previsto dal Codice
Deontologico della professione di Dottore Commercialista e di Esperto Contabile (ex art.7 comma 1
i) D.M. 7 agosto 2009 n. 143.

Dichiara infine di avere attualmente in carico n-----Praticanti.

_____, li _____

timbro e firma del professionista