



Ordine  
dei Dottori Commercialisti  
e degli Esperti Contabili  
di Pescara

---

## COMUNICAZIONE INDIRIZZO E-MAIL

Il/La Sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_

Iscritto/a nel Registro dei Praticanti Sezione “ \_\_\_\_\_ ”

Praticante del Dr. (dominus) \_\_\_\_\_

ai fini degli adempimenti previsti dal D.M. 07/08/2009 n. 143 (Regolamento del tirocinio professionale per l'ammissione all'esame di abilitazione all'esercizio della professione di Dottore Commercialista e di Esperto Contabile, ai sensi dell'articolo 42, comma 2, del D.Lgs. n. 139/2005)

### COMUNICA

sotto la propria totale responsabilità che la Sua e-mail è la seguente:

\_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritto/a, inoltre, s'impegna a comunicare tempestivamente alla Segreteria dell'Ordine l'eventuale variazione della suddetta e-mail.

In fede

\_\_\_\_\_  
Firma del Praticante

Pescara, li \_\_\_\_\_