



Ordine
Dottori Commercialisti
ed Esperti Contabili
di Pescara

COMUNICAZIONE INDIRIZZO E-MAIL

Il 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 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