



**N.B. LA PRESENTE DICHIARAZIONE DOVRA' ESSERE RIBATTUTA SU CARTA  
INTESTATA DEL DOMINUS**

**DICHIARAZIONE DEL PROFESSIONISTA**

Il Sottoscritto Dott./ssa /Rag. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_  
con studio a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Partita IVA: \_\_\_\_\_

- iscritto nella Sezione "A" dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di  
Pescara al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (giorno, mese ed anno);

- iscritto nel Registro dei Revisori Legali al n. \_\_\_\_\_  
con Decreto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 del D.M. n. 143 del 7 agosto 2009,

**ATTESTA SOTTO LA PROPRIA TOTALE RESPONSABILITA'**

che il/la Dott./ssa \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_ è stato ammesso a frequentare lo studio  
per gli effetti del Tirocinio, a far data dal \_\_\_\_\_ e

**DICHIARA**

- che l'orario di frequenza giornaliera dello studio del/la Dott./ssa  
\_\_\_\_\_ è il  
seguito: \_\_\_\_\_

- che il normale orario di funzionamento dello studio è il seguente:

---

Il Sottoscritto s'impegna, inoltre, sotto la propria totale responsabilità a comunicare tempestivamente al Consiglio dell'Ordine di Pescara la sospensione del praticantato, ai sensi dell'art. 8 del D.M. n143.

Pescara, lì \_\_\_\_\_

In fede

---

ESEMPIO