



Ordine
Dottori Commercialisti
ed Esperti Contabili
di Pescara

Allegato da compilare a cura del praticante

All'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Pescara

Via Rieti n.45-65121 - Pescara

**TIROCINIO PER L'AMMISSIONE ALL'ESAME PER L'ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO
DELLA PROFESSIONE DI**

**AI SENSI DEL DECRETO DEL MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E
DELLA RICERCA DEL 7 AGOSTO 2009 N.143**

SEZIONE "1"

ESISTENZA DI ALTRI RAPPORTI DI DIPENDENZA

(Chi compila questa sezione non deve compilare la sezione "2" del presente modulo)

Il/la Sottoscritto/a Dott./ssa _____

dichiara

di essere dipendente della sottoscritta società o Ente, della quale si fornisce qui di seguito
gli elementi richiesti:

SOCIETA' O ENTE _____

SEDE LEGALE _____

LUOGO DI LAVORO _____

ORARIO DI LAVORO _____

CCNL _____ LIVELLO _____ DATA ASSUNZIONE _____

ESISTENZA DI ALTRI RAPPORTI DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE

(Chi compila questa sezione non deve compilare la sezione "2" del presente modulo)

Il/la Sottoscritto/a Dott./ssa _____

dichiara

che ha in essere rapporti di prestazione d'opera e/o collaborazione professionale, anche
gratuita, qui di seguito specificati (indicare nome società ed indirizzo):

ESISTENZA DI ALTRI RAPPORTI DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE

(Chi compila questa sezione non deve compilare la sezione “2” del presente modulo)

Il/la Sottoscritto/a Dott./ssa _____

dichiara

di svolgere tirocinio a tempo parziale perché :

FIRMA DEL PRATICANTE

SEZIONE “2”

NON ESISTENZA DI ALTRI RAPPORTI DI DIPENDENZA/PRESTAZIONE D’OPERA

(Chi compila questa sezione non deve compilare la precedente sezione “A” del presente modulo)

Il/la Sottoscritto/a Dott./ssa _____

dichiara

di non aver alcun rapporto di lavoro dipendente, di non avere rapporti di prestazione d’opera, di non avere rapporti di collaborazione professionale né gratuita né a pagamento nei confronti di società, Enti, lavoratori autonomi o altri.

Il/la Sottoscritto/a Dott./ssa _____

dichiara

di non svolgere altra attività se non quella di Praticante svolta presso lo Studio Professionale del Dott./ssa _____

Pescara, li _____

FIRMA DEL PRATICANTE
