

Spett.le

ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI ED

ESPERTI CONTABILI DI FERMO

Corso Cefalonia, 69

63900 FERMO

Oggetto: Richiesta cancellazione dal Registro per compiuto tirocinio

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ () il _____

Residente a _____ () in Via _____

Codice fiscale _____

In qualità di tirocinante iscritto presso codesto Ordine dal _____ al n. _____

- Avendo conseguito la laurea specialistica/magistrale in data _____

- Avendo completato i 18 (diciotto) mesi di tirocinio previsti dall'art. 9 comma 6 del D.L. 24/01/2012, così come indicato dalla Circolare interpretativa del Ministero di Giustizia del 04/07/2012 n. 93868 e come riconfermato dall'art. 6 comma 1 del D.P.R. n. 137 del 07/08/2012;

- avendo compiuto almeno 12 mesi di tirocinio dopo il conseguimento della laurea specialistica/magistrale

CHIEDE

La cancellazione dal Registro di Tirocinio al fine di sostenere l'esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di Dottore Commercialista.

Firma

_____ li _____

Allegati: Copia documento di identità