

**FAC SIMILE DA RIPRODURRE SU CARTA INSTESTATA DELLO STUDIO A
CURA DEL PROFESSIONISTA PRESSO IL QUALE SI SOSPENDE IL
TIROCINIO E DEL TIROCINANTE**

Al Consiglio dell'Ordine
DEI DOTTORI COMMERCIALISTI
E DEGLI ESPERTI CONTABILI

S E D E

San Marino, li _____

Oggetto: interruzione del tirocinio con contestuale richiesta di cancellazione dal Registro

I sottoscritti

- _____ dottore commercialista / esperto contabile
iscritto alla Sezione _____ dell'Albo al numero _____,
- _____ iscritto nel Registro del Tirocinio sezione

con la presente

comunicano

ai sensi dell'art. 8, comma 13, dello Statuto approvato con Decreto Delegato 201/2010, che il
tirocinante Dott. / Dott.ssa _____

ha interrotto lo svolgimento del periodo di tirocinio

con decorrenza dal _____ per le seguenti motivazioni:

- espressa volontà del tirocinante;
- superamento del termine massimo di sospensione previsto per il
conseguimento della laurea specialistica (art. 8, comma 9, dello Statuto);
- altro (specificare) _____

richiedono la cancellazione

dello stesso dal REGISTRO DEL TIROCINIO e consegnano contestualmente il relativo
Libretto.

I sottoscritti, inoltre, si dichiarano a conoscenza che la cancellazione dal Registro del
Tirocinio, comporta la perdita del periodo già compiuto, secondo quanto previsto dall'art. 8,
comma 13, dello Statuto.

Il Professionista (sigillo e firma)

Il Tirocinante
