

**FAC SIMILE DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA A CURA DEL
PROFESSIONISTA**

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

S E D E

San Marino, li _____

Riattivazione tirocinio

Il/La Sottoscritto/a _____ nato a _____
il _____ con studio in _____
Via _____
iscritto/a alla Sezione _____ dell'Albo

comunica che

ai sensi dell'art. 6, comma 7 del Regolamento del Tirocinio Professionale,

Il Dott. _____
nato a _____ Il _____
residente in _____ Via _____
iscritto/a alla Sezione _____ del Registro dei Tirocinanti al No. _____
dal _____

ha ripreso lo svolgimento del periodo di tirocinio

con decorrenza dal giorno _____

In fede.

(sigillo e firma)

FAC SIMILE DA RIPRODURRE A CURA DEL TIROCINANTE

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

S E D E

San Marino, li _____

Riattivazione tirocinio

Il/La Sottoscritto/a _____
nato a _____ Il _____
residente in _____ Via _____
iscritto/a alla Sezione _____ del Registro dei Tirocinanti al No. _____
dal _____
Tirocinio presso lo studio del Dott. _____

comunica che

ai sensi dell'art. 6, comma 7 del Regolamento del Tirocinio Professionale,

ha ripreso lo svolgimento del periodo di tirocinio

con decorrenza dal giorno _____

In fede.

(firma del Tirocinante)