

Spett.le  
ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI  
E DEGLI ESPERTI CONTABILI  
Corso Garibaldi n. 236  
82100 BENEVENTO

**RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI COMPIUTO TIROCINIO**

Il/La sottoscritto/a ....., nato /a a .....  
il.....e residente a.....(prov.).....  
in Via.....n.....C.F.....  
iscritto/a al Registro Tirocinanti presso questo Ordine avendo compiuto il periodo di diciotto mesi  
di tirocinio professionale previsto per l'accesso alle professioni regolamentate come da Decreto  
Ministeriale 7 agosto 2009 n. 143, modificato dall'art. 9, comma 6, del D.L. 24 gennaio 2012 n. 1,  
convertito con modificazioni dalla L. 24 marzo 2012 n.27,

**CHIEDE**

il rilascio del Certificato di compimento del Tirocinio.

A tal fine deposita contestualmente:

- Libretto di attestazione del tirocinio
- Autocertificazione di conseguimento della Laurea Magistrale o Specialistica.\*

Benevento \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

\*L'autocertificazione è richiesta solo per coloro che, al momento dell'iscrizione nella sez. A del Registro del Tirocinio hanno autocertificato la frequenza ad un corso di Laurea Magistrale o Specialistica