

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 triennale di
tirocinio professionale ai sensi e per gli effetti del D.M. 7 agosto 2009 n.143,

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