

Al Consiglio dell'Ordine dei  
Dottori Commercialisti e  
degli Esperti Contabili di Ancona  
Via Primo Maggio n. 56  
60131 ANCONA

**OGGETTO: Comunicazione di ripresa del Tirocinio professionale**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa ....., nato/a a  
..... (prov.....), il ....., C.F. ....,  
iscritto/a al Registro del Tirocinio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili  
di Ancona al n. .... Sezione ..... con decorrenza dal .....

**COMUNICA**

di riprendere il periodo di tirocinio presso lo studio del Professionista  
..... a far data dal .....

Ancona, lì .....

In fede

.....  
(Firma del tirocinante)

Il sottoscritto allega alla presente la dichiarazione di ripresa del tirocinio firmata dal Professionista.

**N.B: La presente comunicazione deve essere trasmessa entro 15 gg dalla data di ripresa del tirocinio. Il presente modulo può essere presentato anche tramite PEC nel caso la Segreteria fosse chiusa al fine di rispettare il termine dei 15 gg previsti dal regolamento.**