

(timbro completo del professionista)

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

**All. B: Attestazione di cui all'articolo 7, comma I, lettera g), del D.M. del 7 agosto 2009 n. 143**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa ....., nato/a a ....., (prov.....), il ..... iscritto/a all'Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Ancona al n..... dal ..... con Studio in ..... (prov.....), Via ..... n. .... Cap ..... tel ..... fax .....

**ATTESTA**

Ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000 art. 46, a conoscenza delle responsabilità penali a cui può incorrere ai sensi dell'art. 76 in caso di dichiarazione mendace e ai sensi dell'art. 42 c. 1, del D. Lgs 139/2005 e art. 8 del regolamento sul Tirocinio che il/la dott./dott.ssa ..... nato/a a ..... (prov.....), il ....., residente in ..... (prov.....), Via/P.zza ....., telefono ....., C.F. ...., ha iniziato a svolgere il tirocinio presso questo Studio in data ..... nei seguenti giorni:

LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO
<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____
<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____
ore giornaliere n. ____	ore giornaliere n. ____	ore giornaliere n. ____	ore giornaliere n. ____	ore giornaliere n. ____	ore giornaliere n. ____

per un totale di ..... ore settimanali, ai fini del compimento dei 18 mesi di praticantato necessari per sostenere gli esami di abilitazione. Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre che ad oggi sono presenti in studio n° ..... tirocinanti compreso il/la suindicato/a tirocinante.

Il/La sottoscritto/a dichiara che il normale orario di funzionamento dello Studio è il seguente:

LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO
<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Mattina</u> dalle ore ____ alle ore ____
<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____	<u>Pomeriggio</u> dalle ore ____ alle ore ____

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere in regola con l'obbligo della Formazione Professionale Continua degli iscritti negli Albi dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili come dal Regolamento approvato dal Consiglio Nazionale in data 15 agosto 2019.

A tal fine il/la sottoscritto/a si impegna ad istruire il tirocinante, anche con esercitazioni pratiche, sulle materie tecniche oggetto della professione e sui principi di deontologia professionale, secondo quanto previsto dal D. Lgs. 28/6/2005 n. 139.

In tale opera di formazione professionale il/la sottoscritto/a agirà quale dominus in piena libertà intellettuale, consentendo al tirocinante che lo desideri la frequenza agli appositi corsi integrativi previsti dal menzionato D. Lgs (Scuola di Formazione), almeno relativamente alle materie per le quali non gli sarà possibile fornire il proprio insegnamento.

Il Dominus, con la presente, si impegna altresì:

- ad istruire il/la tirocinante sulle osservazioni delle norme del codice deontologico dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, emanate dal Consiglio Nazionale;
- a comunicare entro 15 giorni, così come stabilito dal D. M. 7 agosto 2009 n. 143, all'Ordine di Ancona la cessazione del tirocinio, nonché tutti i casi di interruzione temporanea dello stesso (servizio militare, servizio civile, maternità od altre assenze significative dallo Studio). Tali comunicazioni dovranno essere inviate all'Ordine esclusivamente con posta elettronica certificata o raccomandata con ricevuta di ritorno, utilizzando la modulistica presente sul sito.

Con riferimento al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE 679/2016 (GDPR) e D.Lgs n. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs n. 101 del 10 agosto 2018 autorizzo l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Ancona al trattamento dei dati acquisiti per le finalità richieste.

Ancona, lì .....

In fede

.....  
(*Timbro e Firma del Dominus*)

Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento del Professionista in corso di validità