

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

OGGETTO: Richiesta di sospensione 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

CHIEDE

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

- o per mesi per motivi personali (per un massimo di 3 mesi);
- o per mesi per il seguente giustificato motivo (per un massimo di 9 mesi):

.....
.....
.....

Ai sensi dell'art. 6 comma 7 del DPR 137/2012 qualora la sospensione si protragga oltre il termine previsto, si determina l'interruzione del tirocinio ed il periodo di pratica già compiuto rimane privo di effetti.

Ai sensi dell'art.8 comma 7 del D.M. 7 agosto 2009, n.143 entro quindici giorni dalla cessazione della causa di sospensione il tirocinante comunica al Consiglio dell'ordine di aver ripreso il tirocinio indicandone la relativa data. Il tirocinio si prolunga per un periodo pari alla durata della sospensione.

Ancona, lì

In fede

.....
(Firma del tirocinante)

Il sottoscritto allega alla presente la dichiarazione di sospensione del tirocinio firmata dal Professionista e consegna presso la Segreteria il libretto di attestazione del tirocinio.

NB: Si ricorda di attestare nel libretto del tirocinio il periodo di sospensione nell'apposita sezione.

La presente comunicazione deve essere trasmessa entro 15 gg dalla data di interruzione 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.