

ISTRUZIONI

In caso di variazione di professionista nel corso del praticantato occorre compilare i moduli sottostanti che dovranno pervenire **ENTRO 15 GIORNI** alla Segreteria dell'Ordine tramite fax al n. 051/230136 o tramite posta all'indirizzo Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Bologna – P.zza De' Calderini,2 40124 Bologna (*ex art. 9 comma 1 del D.M. 7 agosto 2009 n.143*) . *Si veda anche art. 13 comma 5 nello specifico lettere c) e d) D.M. 7 agosto 2009 n.143.*

Nel caso in cui la variazione del professionista avvenga all'interno di un semestre per la compilazione del libretto si dovrà seguire il fac-simile allegato, in caso contrario si seguirà la normale compilazione.

In base all'art.1 comma 5 Decreto 7 agosto 2009 n.143 il tirocinio professionale è svolto presso un professionista iscritto da almeno 5 anni all'albo e che abbia assolto l'obbligo di formazione professionale continua nell'ultimo triennio certificato dall'Ordine. L'anzianità quinquennale deve essere maturata all'atto della presentazione della domanda d'iscrizione al registro dei tirocinanti o, in caso di variazione, alla data di comunicazione del nuovo professionista presso cui viene proseguito il tirocinio.

Si ricorda infine che in base all'art.5 comma 1 del D.M. 7 agosto 2009, n. 143 il praticante è tenuto ad iscriversi nel Registro Praticanti dell'Ordine territoriale, nella cui circoscrizione è iscritto il dottore/ragioniere commercialista od esperto contabile presso il quale è svolto il tirocinio.

FAC SIMILE DA COMPILARE A CURA DEL PRATICANTE

Bologna, li _____

Spett.le

Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili di Bologna

P.zza De' Calderini,2

40124 Bologna (BO)

Io sottoscritto _____ nato a
_____ il _____ Tel. _____

comunico

che il giorno _____ ho interrotto il tirocinio presso lo studio del dott./rag.
_____ e che il giorno _____ ho iniziato a
svolgere tirocinio presso lo studio del dott./rag. _____
iscritto all'Albo di _____ da almeno 5 anni.

In fede

(firma)

**FAC SIMILE DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA A CURA DEL
PROFESSIONISTA PRESSO IL QUALE SI INTERROMPE IL RAPPORTO DI
PRATICANTATO**

Bologna, _____

Spett.le

Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili di Bologna

P.zza De' Calderini,2

40124 Bologna (BO)

Io sottoscritto _____ nato a _____
il _____ tel. _____ iscritto all'Albo dell'Ordine
di Bologna

comunico

che dal giorno _____ il praticante dott. _____
ha interrotto il tirocinio presso il mio studio.

In fede

(Firma)

**FAC SIMILE DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA A CURA DEL
PROFESSIONISTA PRESSO IL QUALE SI INIZIA IL RAPPORTO DI PRATICANTATO**

Bologna, _____

Spett.le
Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili di Bologna
P.zza De' Calderini,2
40124 Bologna (BO)

Io sottoscritto _____ nato a _____
il _____ tel. _____ iscritto all'Albo dell'Ordine
di _____ da almeno 5 anni

comunico

che dal giorno _____ il praticante dott. _____
ha iniziato a svolgere tirocinio presso il mio studio.

Il tirocinio è in corso alla data del rilascio della presente certificazione ed è svolto nei seguenti
giorni ed orari _____, nell'ambito del normale funzionamento dello
studio, i cui orari e giorni di attività nello specifico sono i seguenti:
_____ .

Si impegna inoltre alla formazione del tirocinante nel rispetto di quanto previsto dal Codice
Deontologico della professione di Dottore Commercialista e di Esperto Contabile (ex art. 7 comma
1 i) D.M. 7 agosto 2009, n.143).

Dichiaro inoltre di avere attualmente in carico n. _____ Praticanti, iscritti al Registro dei
Praticanti di Bologna.

In fede

(Firma)

