

# Attestazione Dominus di Inizio Tirocinio

Da stampare su carta intestata del professionista

**Spett.le**  
**Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti**  
**e degli Esperti Contabili di Padova**  
**Via G. Gozzi, 2G**  
**35131 PADOVA**

**Dichiarazione del *dominus* attestante lo svolgimento del tirocinio professionale**  
**IN PRESENZA DI CONVENZIONE UNIVERSITARIA**  
**(artt. 6 e 7 del DM 7 agosto 2009, n. 143)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
con studio in \_\_\_\_\_  
iscritto presso l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Padova sezione \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

**dichiara che**

il Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

**svolge** il tirocinio professionale nel proprio studio sito in \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_  
e alla data della presente dichiarazione è tuttora in corso di svolgimento.

Il/La sottoscritto/a dichiara che sotto il proprio controllo non vi sono più di n. 3 tirocinanti.

Ai sensi dell'art. 6, comma 6, del DM 143/2009 dichiara altresì che il tirocinio presso il proprio studio si svolge per un numero di ore tali a garantire il rispetto del numero di ore previsto dall'Accordo tra Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di \_\_\_\_\_ e Università di \_\_\_\_\_ stipulato nell'ambito della convenzione quadro fra CNDCEC e MIUR siglata a ottobre 2014, con le seguenti modalità:

a tempo pieno

a tempo parziale

nei seguenti giorni ed orari:

<input type="checkbox"/>	Lunedì	dalle ore _____	alle ore _____	e dalle ore _____	alle ore _____
<input type="checkbox"/>	Martedì	dalle ore _____	alle ore _____	e dalle ore _____	alle ore _____
<input type="checkbox"/>	Mercoledì	dalle ore _____	alle ore _____	e dalle ore _____	alle ore _____
<input type="checkbox"/>	Giovedì	dalle ore _____	alle ore _____	e dalle ore _____	alle ore _____
<input type="checkbox"/>	Venerdì	dalle ore _____	alle ore _____	e dalle ore _____	alle ore _____
<input type="checkbox"/>	Sabato	dalle ore _____	alle ore _____	e dalle ore _____	alle ore _____

## **Attestazione Dominus di Inizio Tirocinio**

Lo studio osserva i seguenti orari di funzionamento:

<input type="checkbox"/>	Lunedì	dalle ore _____	alle ore _____	e dalle ore _____	alle ore _____
<input type="checkbox"/>	Martedì	dalle ore _____	alle ore _____	e dalle ore _____	alle ore _____
<input type="checkbox"/>	Mercoledì	dalle ore _____	alle ore _____	e dalle ore _____	alle ore _____
<input type="checkbox"/>	Giovedì	dalle ore _____	alle ore _____	e dalle ore _____	alle ore _____
<input type="checkbox"/>	Venerdì	dalle ore _____	alle ore _____	e dalle ore _____	alle ore _____
<input type="checkbox"/>	Sabato	dalle ore _____	alle ore _____	e dalle ore _____	alle ore _____

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente, e comunque entro 15 giorni, qualsiasi variazione circa le modalità di svolgimento del tirocinio.

Si autorizza fin d'ora l'eventuale accesso nei locali dello Studio da parte di un Consigliere all'uopo delegato dalla Commissione.

Cordiali saluti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_