

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DAL REGISTRO DEI TIROCINANTI**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

CHIEDE

ai sensi dell'art. 12 del D.M. 7/8/2009 n. 143 la cancellazione dal Registro dei Tirocinanti.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegato: libretto del tirocinio