

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 _____