

Spett.le  
CONSIGLIO DELL'ORDINE  
DOTTORI COMMERCIALISTI  
ED ESPERTI CONTABILI DI BARI  
Via Venezia 13  
70122 - BARI

**DOMANDA PER LA SOSPENSIONE DEL TIROCINIO**

(ai sensi dell'art. 8 Decreto n. 143 del 7 agosto 2009 - G.U. n. 241 del 16 ottobre 2009)

Il sottoscritto tirocinante Doti., \_\_\_\_\_

Codice fiscale, \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ () il \_\_\_\_\_,

e residente in(), Via \_\_\_\_\_ n., \_\_\_\_\_

CAPtei., E-mail \_\_\_\_\_

chiede la sospensione del tirocinio in corso presso \_\_\_\_\_

nato a il \_\_\_\_\_, con studio in \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via iscritto all'Albo dei Dottori

Commercialisti e degli Esperti Contabili in possesso del titolo di:

- Dottore Commercialista con n. iscrizione \_\_\_\_\_ ed anzianità dal \_\_\_\_\_
- Ragioniere Commercialista con n. iscrizione \_\_\_\_\_ ed anzianità dal \_\_\_\_\_
- Esperto Contabile con n. iscrizione \_\_\_\_\_ ed anzianità dal \_\_\_\_\_

per i seguenti motivi:

- malattia
- gravidanza
- infortunio
- servizio militare / civile
- ex art. 8, comma 4 Decreto n. 143/2009
- altro :

La sospensione decorre dal giorno. (indicare il primo giorno di assenza del tirocinante dallo studio).

Si impegna a comunicare all'Ordine ogni variazione alle informazioni fornite con la presente istanza.

Con osservanza.

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

Firma \_\_\_\_\_