

Orario apertura studio e frequenza tirocinante

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa (Dominus) _____ in relazione alla richiesta di iscrizione del/della dott./dott.ssa _____ al Registro del Tirocinio tenuto dall'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Roma

comunica

che il normale funzionamento dell'attività dello Studio è nei giorni di:

L	M	M	G	V	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

con il seguente orario: dalle ore _____ alle ore _____

dalle ore _____ alle ore _____

e che il/la dott./dott.ssa _____

svolge il tirocinio presso lo Studio Professionale nei giorni di:

L	M	M	G	V	S
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

con il seguente orario: dalle ore _____ alle ore _____

dalle ore _____ alle ore _____

In fede

(firma del Dominus)

Roma, _____