

Orario apertura studio e frequenza tirocinante

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa (Dominus) _____ in relazione alla richiesta di iscrizione in convenzione del/della dott./dott.ssa _____ alla sez. B del Registro del Tirocinio tenuto dall'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Roma, dichiara che, il tirocinio presso il proprio Studio si svolgerà per un numero di ore non inferiore a 220 nel semestre precedente il conseguimento della Laurea Triennale, ai sensi dell'art. 1, comma 1, della Convenzione Quadro siglata nel mese di ottobre 2014, tra il MIUR, il C.N.D.C.E.C. ed il Ministero della Giustizia.

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

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

con il seguente orario: dalle ore _____ alle ore _____

dalle ore _____ alle ore _____

e il/la dott./dott.ssa _____

svolgerà il tirocinio presso lo Studio Professionale nei giorni di:

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

con il seguente orario: dalle ore _____ alle ore _____

dalle ore _____ alle ore _____

In fede

(firma del Dominus)

Roma, _____