

REGISTRO DELLA PRATICA

Foglio N. ____ / ____ / 20__

**ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI E DEGLI ESPERTI CONTABILI
CIRCOSCRIZIONE TRIBUNALE DI BUSTO ARSIZIO**

Cognome _____ Nome _____ nat. a: _____ Prov. _____

il _____._____ residente a _____ Prov. _____ Cap _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

CODICE FISCALE | | | | | | | | | | | | | | | |

Laurea: _____

Conseguita presso _____ il _____._____.

Isritto nel registro con delibera del Consiglio dell'Ordine del _____._____.

Indirizzo e-mail _____

STUDIO PRESSO IL QUALE VIENE EFFETTUATA LA PRATICA

Professionista: _____ Iscritto al _____

N. _____ Albo _____ il _____. _____.

Data inizio della frequenza nello studio _____._____.

Data cessazione della frequenza nello studio _____._____.

_____ , _____ . _____ . _____

Il Segretario

Professionista: _____

Isritto al N. _____ Albo _____ il _____._____.

Data inizio della frequenza nello studio _____._____.

Data cessazione della frequenza nello studio _____._____.

_____ , _____ . _____ . _____

Il Segretario

Professionista: _____

Isritto al N. _____ Albo _____ il _____._____.

Data inizio della frequenza nello studio _____._____.

Data cessazione della frequenza nello studio _____._____.

_____ , _____ .

Il Segretario