

ORDINE DEI DOTTORI COMMERCIALISTI DI NAPOLI

Centro Direzionale Is. E1 – 80143 Napoli

Oggetto: **richiesta di cancellazione dal Registro Tirocinanti**

Applicare
marca da
€ 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ Nato a _____ Prov. _____ il _____

Tel. _____ Stato civile _____ C.F. _____

residente a _____ prov. _____ in via _____ CAP _____

iscritto nel Registro dei tirocinanti tenuto da codesto Ordine,

Commercialista

Esperto Contabile

CHIEDE LA CANCELLAZIONE DALLO STESSO PER I SEGUENTI MOTIVI:

Empty box for reasons of cancellation.

ALLEGA

a Tesserino Praticante

b¹ Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o atto di notorietà ex artt.46 e 47 del DPR n.445/2000 attestante che non si sono procedimenti penali in corso

IL RICHIEDENTE

N°allegati c.s.

lo sottoscritto _____ nato a _____ il _____ residente in _____ autorizzo l'Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Napoli al trattamento dei miei dati personali, ai sensi del D. Lgs. n.196/2003
_____, li _____ **IL RICHIEDENTE:** _____

¹ Da allegare nel solo caso di cancellazione dal registro per trasferimento ad altro Ordine