

# VARIAZIONE DOMINUS

## ISTRUZIONI

In caso di variazione del professionista nel corso del TIROCINIO occorre compilare i moduli sottostanti che dovranno pervenire **ENTRO 15 GIORNI** alla Segreteria dell'Ordine (*ex art. 9 comma 1 del D.M. 7 agosto 2009 n.143*) . *Si veda anche art. 13 comma 5 nello specifico lettere c) e d) D.M. 7 agosto 2009 n.143.*

***In base all'art.1 comma 5 Decreto 7 agosto 2009 n.143 il tirocinio professionale è svolto presso un professionista iscritto da almeno 5 anni all'albo e che ha assolto l'obbligo di formazione professionale continua nell'ultimo triennio certificato dall'Ordine 2011/2013. L'anzianità quinquennale deve essere maturata all'atto della presentazione della domanda d'iscrizione al registro dei tirocinanti o, in caso di variazione, alla data di comunicazione del nuovo professionista presso cui viene proseguito il tirocinio.***

*Si ricorda infine che **in base all'art.5 comma 1 del D.M. 7 agosto 2009, n. 143** il TIROCINANTE è tenuto ad iscriversi nel Registro Tirocinanti dell'Ordine territoriale, nella cui circoscrizione è iscritto il dottore/ragioniere commercialista o esperto contabile presso il quale è svolto il tirocinio.*

**FAC SIMILE DA COMPILARE A CURA DEL TIROCINANTE**

Spett.le  
Ordine dei Dottori Commercialisti  
e degli Esperti Contabili di Udine  
Via Carducci, 44  
33100 Udine

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

comunico

che il giorno \_\_\_\_\_ ho interrotto il tirocinio presso lo studio del dott./rag.

\_\_\_\_\_ e che il giorno \_\_\_\_\_ ho iniziato a  
svolgere tirocinio presso lo studio del dott./rag. \_\_\_\_\_

iscritto all'Albo di Udine dal \_\_\_\_\_.

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma)

**FAC SIMILE DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA A CURA DEL PROFESSIONISTA  
PRESSO IL QUALE SI INTERROMPE IL RAPPORTO DI TIROCINIO**

Spett.le  
Ordine dei Dottori Commercialisti  
e degli Esperti Contabili di Udine  
Via Carducci, 44  
33100 Udine

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo dell'Ordine di  
\_\_\_\_\_  
comunico

che dal giorno \_\_\_\_\_ il tirocinante dott. \_\_\_\_\_  
ha interrotto il tirocinio presso il mio studio.

In fede

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)

**FAC SIMILE DA RIPRODURRE SU CARTA INTESTATA A CURA DEL PROFESSIONISTA  
PRESSO IL QUALE SI INIZIA IL RAPPORTO DI TIROCINIO**

Spett.le  
Ordine dei Dottori Commercialisti  
e degli Esperti Contabili di Udine  
Via Carducci, 44  
33100 Udine

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo dell'Ordine di  
Udine dal \_\_\_\_\_

comunico

che dal giorno \_\_\_\_\_ il tirocinante dott. \_\_\_\_\_

ha iniziato a svolgere tirocinio presso il mio studio.

Il tirocinio è in corso alla data del rilascio della presente certificazione ed è svolto nei seguenti giorni e  
orari \_\_\_\_\_, nell'ambito del normale funzionamento dello studio, i cui

orari e giorni di attività nello specifico sono i seguenti:

\_\_\_\_\_ .

Si impegna inoltre alla formazione del tirocinante nel rispetto di quanto previsto dal Codice  
Deontologico della professione di Dottore Commercialista e di Esperto Contabile (art. 7 comma 1 i)  
D.M. 7 agosto 2009, n.143).

Dichiaro inoltre di avere attualmente in carico n. \_\_\_\_\_ Tirocinanti, iscritti al Registro dei  
Tirocinanti di Udine.

In fede

\_\_\_\_\_  
(Firma)