

Orario apertura studio e frequenza tirocinante

Il sottoscritto/a dott. (Dominus) _____ in relazione alla richiesta di iscrizione del/della dott./dott.ssa _____ al Registro Praticanti tenuto dall'ordine dei Dottori Commercialisti ed esperti Contabili di Cassino.

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 dott. _____ svolge il praticantato presso lo Studio Professionale con le seguenti modalità:

in presenza

a distanza

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:

a tempo pieno dalle ore _____ alle ore _____
dalle ore _____ alle ore _____

_____ li _____

firma del Dominus