

CERTIFICAZIONE DEL PROFESSIONISTA PER INTERRUZIONE DEL PRATICANTATO

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
cod. fisc. _____, con domicilio professionale in _____ (Prov. _____)
di essere titolare dello studio a _____ P. IVA _____
Via/Piazza/Corso/Viale _____ n. _____ tel. _____
iscritto all'Albo (Ordine o Collegio di appartenenza) _____
di _____ in data _____ al n. _____

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dagli artt. 75 e 76, del D.P.R. N. 445/2000

CERTIFICA

sotto la propria responsabilità che, ai sensi delle vigenti norme sul praticantato

Il Praticante (cognome e nome) _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
cod. fisc. _____, residente in _____ (Prov. _____)
Via/Piazza/Corso/Viale _____ n. _____ tel. _____
HA FREQUENTATO IL PROPRIO STUDIO PROFESSIONALE CON ASSIDUA E REGOLARE CONTINUITA'
DAL (data di inizio della pratica di tirocinio) _____
AL (data di conclusione della pratica di tirocinio) _____

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' DI TIROCINIO SVOLTA:

relazione dettagliata in ordine alla maturità dimostrata dal praticante sotto il profilo sia tecnico del deontologico:

Preparazione raggiunta:

Insufficiente sufficiente discreta buona ottima

Giudizio generale:

Osservazioni:

Data _____

IL PROFESSIONISTA

(timbro e firma)
