Prospetto di Comunicazione Dati

relativo alle modalità di espletamento del tirocinio

**(Da allegare alla domanda di iscrizione al Registro Praticanti)**

**\* \* \* \* \* PARTE A \* \* \* \* \***

**(da compilare e firmare a cura del praticante)**

Il sottoscritto Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscritto al Registro dei Praticanti al N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

praticante presso il Dominus Dott./Rag. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dichiara la non esistenza di**

* RAPPORTI DI DIPENDENZA // PRESTAZIONE D’OPERA // ALTRA OCCUPAZIONE
* di non avere alcun rapporto di lavoro dipendente, di non avere rapporti di prestazione d’opera o altra occupazione, di non avere rapporti di collaborazione né gratuita né a pagamento nei confronti di Società, Enti, lavoratori autonomi o altri soggetti.
* di non svolgere altra attività se non quella di Praticante presso il Dominus Dott./Rag. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dichiara l’esistenza di**

## RAPPORTI DI DIPENDENZA

PRESSO SOCIETA’ // ENTE // LAVORATORE AUTONOMO // ALTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LUOGO DI LAVORO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ORARIO DI LAVORO (dettagliare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA INIZIO RAPPORTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* RAPPORTI DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE A QUALSIASI TITOLO

(rapporti di prestazione d’opera e/o collaborazione, anche gratuita)

PRESSO SOCIETA’ // ENTE // LAVORATORE AUTONOMO // ALTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LUOGO DI LAVORO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ORARIO DI LAVORO (dettagliare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

QUALIFICA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA INIZIO RAPPORTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ALTRE ATTIVITA’ LAVORATIVE SOPRA NON SPECIFICATE (dettagliare):

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

##### dichiara inoltre

* di essere titolare di partita IVA rilasciata dall’Agenzia delle Entrate di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 per la seguente attività (dettagliare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di non essere titolare di partita IVA
* ***di impegnarsi a comunicare entro 15 giorni ogni variazione dei dati sopra evidenziati, consapevole che, in difetto, l’Ordine procederà alla sospensione del tirocinio.***

In fede,

 …………………………………. ………………………………….

 (luogo e data) (firma del praticante)

 **\* \* \* \* \* PARTE B \* \* \* \* \***

**(da compilare e firmare a cura del Dominus)**

Il sottoscritto Dominus Dott./Rag.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto all’Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Brescia dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dichiara**

che lo svolgimento del tirocinio del Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso lo Studio Professionale sito in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avviene con le seguenti modalità e nei seguenti orari settimanali di “normale funzionamento” dello Studio:

 **a tempo pieno**  **a tempo parziale**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LUN. | MAR. | MER. | GIO. | VEN. | SAB. |
| dalle ….alle …. dalle ….alle ….  | dalle…..alle….. dalle…..alle…..  | dalle….alle…. dalle…..alle…..  | dalle …..alle…. dalle…..alle…..  | dalle …. alle….dalle…..alle…..  | dalle….alle…. dalle…..alle…..  |

 ANNOTAZIONI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 In fede,

 …………………………………. (firma del Dominus)

 ………………………………….

 (luogo e data)