

Spett.le
Ordine dei Dottori Commercialisti
e degli Esperti Contabili di Genova
Viale IV Novembre 6/7-8
16121 Genova GE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____

il _____

residente in _____

Via _____ Cap _____

cell _____

indirizzo di posta elettronica _____

con la presente, si impegna a comunicare tempestivamente alla Segreteria dell'Ordine il conseguimento dell'abilitazione all'esercizio della professione e la contestuale cancellazione dal Registro Praticanti.

Distinti saluti.

FIRMA
