dichiarazione ammissione alla pratica

# Al Consiglio Provinciale dell’Ordine

dei Consulenti del Lavoro

Via De Bellis n. 37

70126 Bari

Oggetto: dichiarazione di ammissione alla pratica

 Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Iscritto/a al n. \_\_\_\_\_\_ dell’Albo Provinciale dei Consulenti del Lavoro di Bari dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

* che a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il sig. /la sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ viene ammesso/a alla frequenza dello Studio professionale sito in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_\_) Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dove il/la sottoscritto/a svolge con carattere di abitualità e prevalenza la libera professione, informa individuale/associata/societaria, per svolgere il periodo di tirocinio professionale previsto dalla legge;
* di avere n. \_\_\_\_\_\_(*indicarne il numero, oltre quello cui si riferisce l’istanza*)/non avere altri praticanti in studio
* di essere in possesso dei requisiti soggettivi previsti dalla normativa in quanto Consulente del Lavoro iscritto all’Albo da almeno cinque anni, che opera come libero professionista con attività abituale e prevalente in forma individuale, associata o societaria;
* di essere in regola con gli obblighi e gli adempimenti in materia di formazione continua obbligatoria previsti dall’Ordinamento, con riferimento all’ultimo periodo scaduto

In fede.

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

Firma

Indica come indirizzo al quale ricevere le comunicazioni dal Consiglio Provinciale i seguenti recapiti:

## \* Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_

## \* CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

## \* telefono: /

## \* mail: @

## \* pec: @

\* da compilare obbligatoriamente