

Al Consiglio provinciale dell'Ordine  
dei Consulenti del Lavoro di  
Cagliari  
Via Sonnino 37  
09125 Cagliari  
Pec: ordine.cagliari@consulentidellavoropec.it

**Oggetto: dichiarazione**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (cod. fisc. \_\_\_\_\_)  
iscritto al n. \_\_\_\_\_ dell'Albo Provinciale dei Consulenti del Lavoro di \_\_\_\_\_  
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. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  PART-TIME  FULL-TIME

- dove il sottoscritto svolge con carattere di abitudine e prevalenza la libera professione, in forma individuale/associata/societaria, per svolgere il periodo di tirocinio professionale previsto dalla legge;
- di avere N. \_\_\_\_\_ (indicare 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,

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_