

## Allegato B

### DICHIARAZIONE DA COMPILARE A CURA DEL DOTTORE COMMERCIALISTA

Si attesta, nella consapevolezza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci (art.76 D.P.R. n. 445/2000), che:

il/la signore/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in via \_\_\_\_\_  
ha svolto la pratica professionale presso il nostro studio nella sede di \_\_\_\_\_  
a partire dal \_\_\_\_\_ **per almeno 150 ore.**

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del dottore commercialista  
(precisare nome cognome)

\_\_\_\_\_