

RAPPORTI DI DIPENDENZA / COLLABORAZIONE CON LO STUDIO PROFESSIONALE

- Il Praticantato è svolto sotto forma gratuita, con rimborso delle spese eventualmente sostenute nell'interesse del Dominus presso il quale si svolge il tirocinio

- Borsa di studio (art. 1 comma 6 Decreto 7 agosto 2009 n. 143)

- Il Praticante è dipendente del Dominus o di società riconducibile al Dominus (per es. società di servizi dello Studio)

Data assunzione livello

CCNL

Denominazione

Sede

Tel.

- Il Praticante è iscritto all'Ufficio IVA di, con Partita n. e fattura le Sue prestazioni:

allo Studio Professionale

alla società di servizi dello Studio

Data,

.....
(firma del praticante)

.....
(timbro e firma del professionista)

ESISTENZA DI ALTRI RAPPORTI DI DIPENDENZA

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa (**Praticante**) dichiara di essere dipendente della sottoscritta Società o Ente, della quale fornisce qui di seguito gli elementi richiesti:

SOCIETÀ O ENTE

SEDE LEGALE

LUOGO DI LAVORO

ORARIO DI LAVORO

CCNL LIVELLO DATA ASSUNZIONE

ESISTENZA DI ALTRI RAPPORTI DI COLLABORAZIONE PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa (**Praticante**) dichiara che ha in essere dipendente prestazione d'opera e/o collaborazione professionale, anche gratuita, qui di seguito specificati (indicare denominazione ed indirizzo):

.....
.....

ESISTENZA DI ALTRE ATTIVITÀ SOPRA NON SPECIFICATE

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa (**Praticante**) dichiara di svolgere tirocinio a tempo parziale perchè:

.....
.....

Data,

.....
(firma del praticante)

NON ESISTENZA DI ALTRI RAPPORTI DI DIPENDENZA / PRESTAZIONE D'OPERA

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa (**Praticante**) dichiara di non avere alcun rapporto di lavoro dipendente, di non avere rapporti di prestazione d'opera, di non avere rapporti di collaborazione professionale né gratuita né a pagamento nei confronti di Società, Enti, lavoratori autonomi o altri.

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa (**Praticante**) dichiara di non svolgere altra attività se non quella di Praticante svolta presso lo Studio Professionale del Dott./Rag. (**Dominus**).

Data,

.....
(firma del praticante)