Spettabile

Consiglio provinciale dell’Ordine

dei Consulenti del Lavoro di TRAPANI

**DICHIARAZIONE DEL PROFESSIONISTA**

Il sottoscritto……………………………………………………………………………..

codice fiscale: 

iscritto al n°…………dell’Albo Provinciale dei Consulenti del Lavoro di Trapani ai fini

dell’iscrizione al Registro dei praticanti del signor ..…………………………………………….

*DICHIARA*

 di aver eletto domicilio professionale in:

…………………….…………….…………….……..………..(prov.…………..)

Via………………………………………………….………………….…n.…….cap…………..

 di essere in regola con gli adempimenti in materia di Formazione Continua Obbligatoria per i Consulenti del lavoro avendo rispettato quanto previsto dal vigente Regolamento del Consiglio Nazionale dell’Ordine.

 di non prestare attività come lavoratore subordinato.

In fede

Luogo e data

timbro e firma del Professionista

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_