

Marca
da bollo
da € 16,00

AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO NOTARILE DEI
DISTRETTI RIUNITI DI ASCOLI PICENO E FERMO

Io sottoscritto/a Notaio Dr./Dr.ssa _____ iscritto
nel Ruolo dei Notai Esercenti nei Distretti Riuniti di Ascoli Piceno e Fermo, per la sede di
_____ (____),

DICHIARO

di acconsentire che il/la Dr./Dr.ssa _____, nato/a
il giorno ____/____/____ a _____ (____) e residente in
_____, C.A.P. _____ (____) via _____,
n. _____ effettui il tirocinio obbligatorio ai sensi dell'art. 5, comma 6-*bis*, della Legge 16 febbraio
1913 n. 89, così come modificato dall'art. 1 comma 1, lettera *b*) del D. Lgs 24 aprile 2016 n. 166,
presso il mio studio sito in _____, C.A.P. _____
(____), in via _____ n._____.

_____, li ____/____/____

(Firma e sigillo del notaio)