

(su carta intestata dello studio)

Luogo, data

Oggetto: **Autorizzazione al trattamento dei dati.**

Con la presente si autorizza il dottor/la dott.ssa nato/a ail.....c.f., nella sua qualità di tirocinante commercialista/esperto contabile presso questo Studio, al trattamento dei dati riservati elaborati da questo Studio, per quanto si renda necessario ed indispensabile ai fini di un corretto svolgimento del periodo di tirocinio professionale previsto così come previsto dal D.Lgs. 139/2005 e disciplinato dal D.M. 7 agosto n. 143.

Per lo Studio

Dott. _____