

**Esame federale Specialista in esecuzione per debiti e fallimento con
attestato professionale federale, opzione Esecuzione per debiti /
opzione Fallimento**

Conferma della pratica professionale da parte del datore di lavoro

Dichiaro che la persona sotto indicata

Nome e cognome:

Data di nascita:

Numero AVS:

Indirizzo:

Località (con CAP):

Lavora presso il nostro ufficio / ha lavorato:

Ufficio / Servizio:

Professione / funzione:

Grado di occupazione in %:

Nel periodo da al

Assenze oltre 4 settimane:

.....
Luogo e data

.....
Firma