

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DAL REGISTRO DEI PRATICANTI AVVOCATI**

Bollo €  
16,00

**On.le Consiglio dell'Ordine  
degli Avvocati di Torre Annunziata**

Il/La sottoscritto/a dott. \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

C.F. \_\_\_\_\_

iscritto al Registro dei Praticanti Avvocati di codesto Ordine Forense.

**CHIEDE**

**di essere cancellato dal Registro suddetto.**

Il/La sottoscritt\_ dichiara di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**Allegati: Tesserino di iscrizione, versamento contanti €10,35**