

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