

Il sottoscritto _____
(cognome) _____ (nome)

Spazio riservato alla
Segreteria dell'Ordine

CHIEDE IL RILASCIO DEL **NULLA-OSTA** PER L'ISCRIZIONE
NELL'ALBO DEGLI AVVOCATI DELL'ORDINE DI

**ORDINE AVVOCATI
PALERMO**
Depositato in Segreteria
Data _____
L'ADDETTO

Dichiara, ai sensi dell'**art. 46 D.P.R. 445/2000**, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'**art. 76 D.P.R. 445/2000** per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazione mendaci:

**ORDINE AVVOCATI
PALERMO**
Protocollo N. _____
Data _____

- 1) di essere nato a _____ il _____
- 2) di essere residente in _____ CAP _____ prov. _____
via _____ tel. _____ cell. _____
- 3) di avere, attualmente, studio professionale in _____ via _____
tel. _____
- 4) di stabilire il nuovo studio professionale principale in _____
Via _____ presso il Circondario di Tribunale
dove avverrà l'iscrizione;
- 5) di essere in regola con i contributi professionali;
- 6) di non essere sottoposto a procedimenti disciplinari;

DOCUMENTAZIONE
in regola e firma conforme al
disposto dell'art. 38 D.P.R.
445/2000.
In regola con i contributi.
IL RESPONSABILE

Non vi sono
ricorsi a carico
IL RESPONSABILE

IL SOTTOSCRITTO ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

- Fotocopia documento di identità;
- N. 1 marca da bollo da € 16,00 ed una ulteriore da consegnare al momento del ritiro del certificato

Si delega per riferire
il Consigliere
Avv. _____
Palermo, _____
Il Presidente

Il sottoscritto è a conoscenza di dovere effettuare il pagamento dei contributi professionali eventualmente pendenti.

Il sottoscritto in calce identificato dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali con particolare riguardo a quelli cosiddetti particolari nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa

SI RILASCI

Il Relatore

Palermo li _____

Palermo, _____ Firma _____

**PAGAMENTI DA EFFETTUARE PRESSO LA SEGRETERIA DELL'ORDINE
NON SI ACCETTANO PAGAMENTI IN CONTANTI PER IMPORTI SUPERIORI A € 50,00**

1. EVENTUALE PAGAMENTO CONTRIBUTI ARRETRATI
2. TASSA CERTIFICATO.....€ 5,00

La presente istanza dovrà firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata tramite persona delegata al deposito, con dichiarazione scritta