

**ON.LE
CONSIGLIO DELL'ORDINE
DEGLI AVVOCATI
PALERMO**

Il sottoscritto Avv./Dott. _____ ,
nato a _____ Il _____ ,

C H I E D E

Il rilascio di n.° ____ certificato

Ordinario (€ 5,00) **Urgente (€ 15,00) ***

in bollo * *

in carta semplice

GENERICO

CANCELLAZIONE

STORICO DI CARRIERA

DOMICILIO PROFESSIONALE

STORICO DI DOMICILIO PROFESSIONALE

INGRESSO AL CARCERE (indicare l'Avvocato presso cui si svolge la pratica: _____)

USO CASSA DI PREVIDENZA

ELENCO GRATUITO PATROCINIO PENALE

ELENCO GRATUITO PATROCINIO CIVILE

ALTRO _____

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

Palermo, _____

Firma

(*) Il rilascio del certificato con urgenza avverrà entro le 24 ore lavorative dalla richiesta

(* *) In caso di richiesta di certificato in bollo allegare n° 2 marche da € 16,00

Spazio riservato alla Segreteria dell'Ordine		
ORDINE AVVOCATI PALERMO Depositato in Segreteria	ORDINE AVVOCATI PALERMO	ORDINE AVVOCATI PALERMO
Data _____	Protocollo N. _____ Data _____	Fasc. N. _____