

ALL'ON.LE CONSIGLIO DELL'ORDINE DEGLI AVVOCATI DI PALERMO

RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI

COMPIUTA PRATICA
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

Il sottoscritto _____
(cognome) _____ (nome)

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:

- 1) di essere nato a* _____ il _____
- 2) codice fiscale* _____
- 3) mail* _____ cell* _____
- 4) Pec _____
- 5) di essere abilitato al patrocinio sostitutivo SI NO
 - 5.1) **SE SI** indicare il domicilio professionale presso l'Avv. _____
in _____, via _____
 - 5.2) di essere consapevole che verrà cancellato, decorso il termine di 6 anni dalla delibera di iscrizione nel Registro dei praticanti.
- 6) di avere ottenuto il diploma della Scuola di Specializzazione _____ in data _____, che allega alla presente richiesta (ove disponibile)

CHIEDE

(solo per i praticanti semplici)

- di essere cancellato contestualmente all'ottenimento del certificato di compiuta pratica, previa restituzione del tesserino;
- di rimanere iscritto nel Registro speciale dei praticanti Avvocati per tutto il tempo per cui può essere chiesta l'abilitazione al patrocinio sostitutivo, consapevole che verrà cancellato decorso il termine di 6 anni dalla delibera di iscrizione nel Registro dei praticanti.
Fino ad allora sarà domiciliato nel Circondario di Palermo in:

_____ (Comune)*

_____ (indirizzo)*

Telefono _____ (fisso o mobile che verrà pubblicato)*

(*) campi obbligatori

PAGAMENTI

- * Tassa certificato di compiuta pratica € 10,00
- * Contributo professionale annuale da pagare solo se praticanti abilitati al patrocinio nonché eventuali contributi arretrati € 100,00

ALLEGARE I SEGUENTI DOCUMENTI

- * Libretto di pratica professionale vistato dall'Ordine al completamento dei 18 mesi di pratica;
- * N° 2 marche da bollo da Euro 16,00;

N.B.: NON SI ACCETTANO PAGAMENTI IN CONTANTI PER IMPORTI SUPERIORI A € 50,00

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 _____

Spazio riservato alla
Segreteria dell'Ordine

ORDINE AVVOCATI
PALERMO
Depositato in Segreteria
Data _____
L'ADDETTO

ORDINE AVVOCATI
PALERMO
Protocollo N. _____
Data _____

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

HA COMPLETATO IL
PERIODO DI PRATICA
PROFESSIONALE
DAL _____
AL _____

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

SI RILASCI
Il Relatore

Palermo li _____

FASCICOLO _____