

MARCA DA  
BOLLO € 16.00

SPETT.LE  
CONSIGLIO DELL'ORDINE  
DEGLI AVVOCATI DI FROSINONE

## DOMANDA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI AVVOCATI

Il/La sottoscritto/a Dott.re/ssa ..... nata/o a .....  
il ..... residente a .....  
in Via....., C.F. ....  
P. IVA..... Tel. n. .... Fax n.....,  
cellulare ..... E-mail .....  
PEC .....  
Domiciliato in ..... , Via.....  
Tel. n..... Fax n ..... , cellulare .....  
E-mail .....

Avendo superato l'esame di abilitazione all'esercizio professionale di Avvocato presso la Corte di Appello di,  
nel dichiarare di non trovarsi in situazione di incompatibilità previsti dall'art. 17 comma 5 e 18 Legge 247/2012  
e ai sensi dell'art. 7 comma 1 L.P.

### CHIEDE

di essere iscritto nell'Albo degli Avvocati tenuto dal Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Frosinone.

Allega:

- 1) Certificato di Superamento dell'esame di abilitazione rilasciato dalla Corte di Appello di  
.....;
- 2) Autocertificazione ex Art. 46 - lettera a - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in sostituzione dei certificati di:
  - a) Nascita;
  - b) Residenza;
  - c) Cittadinanza;
  - d) Godimento dei Diritti Politici;
  - e) Carichi Pendenti;
  - f) Penale Generale;
- 3) Copia ricevuta Versamento di € 400,00 effettuata presso la Segreteria dell'Ordine degli Avvocati di  
Frosinone;
- 4) N. 2 Fotografie, di cui una autenticata.

Frosinone lì .....

Dott.re/ssa .....