

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