

Marca da
bollo
€ 16,00

On.le CONSIGLIO dell'ORDINE
degli AVVOCATI di
CASTROVILLARI

Il/la sottoscritto/a Avv. _____
nato/a a _____ il ___/___/____, iscritto/a nell'Albo
degli Avvocati di CASTROVILLARI

chiede

la cancellazione dall'Albo stesso.

Prendo atto che la cancellazione potrà essere deliberata solo se, ai sensi dell'art. 29 c. 6 L. 247/12, sono in regola i pagamenti della quota di iscrizione all'Albo e, ai sensi dell'art. 17 c. 16, non siano pendenti procedimenti disciplinari.
Allega: - originale del tesserino rilasciato dall'Ordine

Castrovillari, ___/___/____

Firma

La presente dovrà essere trasmessa a mezzo pec: ord.castrovillari@cert.legalmail.it