

ALL'ON.LE CONSIGLIO DELL'ORDINE DEGLI AVVOCATI DI TERMINI IMERESE

Il sottoscritto _____
(cognome) (nome)

Applicare
Marca da bollo
€16,00

CHIEDE DI ESSERE CANCELLATO DALL'ALBO DEGLI AVVOCATI

PER IL SEGUENTE MOTIVO _____

**Spazio riservato alla
Segreteria dell'Ordine**

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 dichiarazioni mendaci:

- 1) di essere nato a _____ il _____;
- 2) di essere in regola con i contributi professionali;
- 3) di non essere sottoposto a procedimenti disciplinari;
- 4) di volere ricevere la notifica dell'avvenuta cancellazione al seguente recapito:
via _____ città _____

Termini Imerese li _____

FIRMA _____

DOCUMENTAZIONE

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

Il Responsabile

Da compilarsi solo se Cassazionista

Il sottoscritto, inoltre, **ESPRIME** la facoltà di rimanere iscritto nel solo Albo dei Cassazionisti e Giurisdizioni Superiori esistendo il requisito previsto dal comma 5, art. 33 del RDL 27/11/1933 aggiunto dalla L. 07.12.1951 n. 1333 firma _____

Si delega per riferire
il Consigliere
Avv. _____

Term. Im _____

Il Presidente

IL SOTTOSCRITTO ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

- Tesserino professionale rilasciato all'atto dell'iscrizione
- Fotocopia del documento di riconoscimento (carta di identità o passaporto)
- Copia dell'attestazione dell'avvenuta cessazione dell'attività, rilasciata dall'Agenzia delle Entrate competente per territorio

Non vi sono ricorsi a
carico.

Il Responsabile

o Si Cancelli

Il Relatore

Avv. _____