

**DOCUMENTI DA PRODURRE PER IL TRASFERIMENTO DALL'ALBO ORDINARIO
ALL'ELENCO SPECIALE PROFESSORI**

- **Domanda di iscrizione in bollo da Euro 14,62**, firmata dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentata, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità, da compilarsi su apposito modulo rilasciato dall'Ordine in allegato al presente;
- Fotocopia del documento di riconoscimento (carta di identità o passaporto);
- Certificazione di servizio rilasciato dall'Università

N.B. CHI NON INTENDE AVVALERSI DELL'AUTOCERTIFICAZIONE DOVRÀ PRODURRE I RELATIVI CERTIFICATI IN BOLLO.

PAGAMENTI DA EFFETTUARE PRESSO LA SEGRETERIA DELL'ORDINE

1. EVENTUALI PAGAMENTO CONTRIBUTI ARRETRATI
2. CONTRIBUTO PROFESSIONALE ANNUALE(*) € 159,64

(*) IL PAGAMENTO DEI SUCCESSIVI CONTRIBUTI PROFESSIONALI SI DOVRÀ EFFETTUARE ENTRO IL 30 GIUGNO DI OGNI ANNO.

Il sottoscritto _____
(cognome) (nome)

CHIEDE IL TRASFERIMENTO DALL'ALBO DEGLI AVVOCATI ALL'ELENCO SPECIALE ENTI PUBBLICI

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 residente in _____ CAP _____ Prov. _____
via _____ tel. _____;
 - 3) studio in _____ via _____
tel. _____ fax _____ cell _____;
 - 4) di essere cittadino italiano;
 - 5) di godere dei diritti politici
 - 6) di non aver riportato condanne penali neppure ai sensi degli artt. 444 e ss c.p.p. o ai sensi degli artt. 459 e ss. c.p.p.;
 - 7) di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione oppure di decisioni civili e provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
 - 8) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
 - 9) di prestare servizio in qualità di _____ presso la facoltà di _____
_____ dell'Università di _____
con sede in _____ via _____
dal _____
 - 10) di non trovarsi in alcuno dei casi di incompatibilità ex art. 3 legge professionale
 - 11) di avere il seguente codice fiscale []
 - 12) di avere il seguente indirizzo e-mail _____ @ _____
- Termini Imerese lì _____
FIRMA _____

IL SOTTOSCRITTO ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

- Fotocopia del documento di riconoscimento (carta di identità o passaporto)
 - Certificazione di servizio rilasciato dall'Università
- Il sottoscritto ha altresì la facoltà di dichiarare:
- 1) Specializzazioni _____
 - 2) Lingue estere _____
 - 3) Eventuali altri precedenti impieghi _____
 - 4) Studio Associato _____
- Termini Imerese lì _____
Firma _____

Spazio riservato alla Segreteria dell'Ordine

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

Si delega per riferire il Consigliere Avv. _____
Term. Im _____
Il Presidente

Non vi sono ricorsi a carico.
Il Responsabile

o Si convochi per giorno _____
ore _____
o Si iscriva con riserva di acquisire i certificati dei carichi pendenti e del casellario giudiziario.
Il Relatore

Riservato all'Ufficio
Applicare etichetta protocollo