

DOCUMENTI DA PRODURRE PER IL TRASFERIMENTO
DALL' ELENCO SPECIALE ENTI PUBBLICI o ELENCO SPECIALE PROFESSORI
ALL' ALBO DEGLI AVVOCATI

- **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);

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'ELENCO SPECIALE EE.PP. o ELENCO SPECIALE PROFESSORI ALL'ALBO DEGLI AVVOCATI

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 esser venute meno le ragioni di permanenza nell'elenco speciale per
 - o cessazione del servizio;
 - o altra causa _____
 - 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 numero di P. IVA _____
 - 13) di avere il seguente indirizzo e-mail _____ @ _____
- Termini Imerese li _____
FIRMA _____

IL SOTTOSCRITTO ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

- Fotocopia del documento di riconoscimento (carta di identità o passaporto)
 - Certificazione di cessazione del rapporto di impiego
- Il sottoscritto ha altresì la facoltà di dichiarare:
- 1) Specializzazioni _____
 - 2) Lingue estere _____
 - 3) Eventuali altri precedenti impieghi _____
 - 4) Studio Associato _____
- Termini Imerese li _____

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

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

Riservato all'Ufficio
Applicare etichetta
protocollo