

Riservato all'ufficio

Marca da bollo
€16,00

On.le
Consiglio dell'Ordine degli Avvocati
Termini Imerese

DICHIARAZIONE DI INIZIO PRATICA

Il sottoscritto Avv. _____, iscritto all'Albo degli Avvocati di _____ dal _____, con studio in _____ via/piazza _____, tel. _____ fax _____ e-mail _____ @ _____;

dichiara

sotto la propria responsabilità, la disponibilità ad accogliere il Dr. _____ nato a _____ il _____, presso il proprio studio per lo svolgimento della pratica professionale, impegnandosi a formarlo sotto la propria guida e controllo conformemente alle disposizioni previste dal R.D.L. 1578/1933, dal R.D. 27/1934, dal D.P.R. 101/90.

Dichiara, altresì, che il numero dei praticanti la cui formazione sta seguendo non è superiore a tre.

La presente dichiarazione integra sostituisce

la precedente a firma dell'Avv. _____

Con osservanza

Termini Imerese _____

Firma
