

Il sottoscritto _____
(cognome) (nome)

**CHIEDE IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI
COMPIUTA PRATICA**

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 _____ nella via _____;
tel. _____
- 4) di essere iscritto al Registro Speciale dei praticanti avvocati con delibera del _____
Termini Imerese li _____

FIRMA _____

Atal fine il sottoscritto effettua presso la Segreteria dell'Ordine

I RELATIVI PAGAMENTI

- Tassa certificato di compiuta pratica €10,00
- Contributo professionale

ED ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

- Libretto di pratica professionale vistato dall'Ordine al completamento del secondo anno di pratica;
- Relazione alla fine del secondo anno di pratica già vistata dall'Ordine;
- n. 1 ulteriore marca da bollo da €16,00

Il sottoscritto è altresì consapevole che agli esami di abilitazione possono partecipare i praticanti che abbiano compiuto la prescritta pratica entro il 10 novembre

Termini Imerese li _____

Firma _____

**Spazio riservato alla
Segreteria dell'Ordine**

Applicare
etichetta
protocollo

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

Il Responsabile

HA COMPLETATO
IL BIENNIO DI
PRATICA
PROFESSIONALE

DAL _____

AL _____

Si delega per riferire
il Consigliere
Avv. _____

Term. Im _____

Il Presidente

[] SI RILASCI

Il Relatore
