

# SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

## ALL'ON.LE CONSIGLIO DELL'ORDINE DEGLI AVVOCATI DI Termini Imerese

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 dichiarazione mendaci:

1) di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

2) di essere residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

di essere iscritto al Registro Speciale dei praticanti avvocati con delibera del \_\_\_\_\_

### CHIEDE

- di essere cancellato dal Registro speciale dei praticanti Avvocati non essendo iscritto nel Registro dei praticanti abilitati al patrocinio, autorizzando pertanto il Consiglio agli adempimenti consequenziali rinunciando alla convocazione;
- di rimanere iscritto nel Registro speciale dei praticanti Avvocati per tutto il tempo per cui è stata chiesta o poteva essere chiesta l'abilitazione al patrocinio sostitutivo (art. 17 n. 10 lett. b). **Dichiara** di essere a conoscenza che, decorso il termine di 6 anni dalla delibera di iscrizione nel Registro dei praticanti sarà automaticamente cancellato. **Dichiara**, altresì, che successivamente al rilascio del certificato di compiuta pratica, sarà domiciliato in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_

### PAGAMENTI

\* Tassa certificato di compiuta pratica € 15,00

### ALLEGARE I SEGUENTI DOCUMENTI

- \* Libretto di pratica professionale vistato dall'Ordine al completamento dei 18 mesi di pratica;
- \* N° 2 **marche** da bollo da Euro 16,00;
- \* Fotocopia del Diploma della Scuola di Specializzazione, ovvero autocertificazione.

**N.B.: NON SI ACCETTANO PAGAMENTI IN CONTANTI PER IMPORTI SUPERIORI A € 50,00**

Termini Imerese \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

#### Spazio riservato alla Segreteria dell'Ordine

##### ORDINE AVVOCATI Termini Imerese

Depositato in Segreteria

Data \_\_\_\_\_

L'ADDETTO

##### ORDINE AVVOCATI Termini Imerese

Protocollo N. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

#### DOCUMENTAZIONE

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

IL RESPONSABILE

HA COMPLETATO IL  
PERIODO DI PRATICA  
PROFESSIONALE

DAL \_\_\_\_\_

AL \_\_\_\_\_

Si delega per riferire  
il Consigliere

Avv. \_\_\_\_\_

Termini I., \_\_\_\_\_

Il Presidente

SI RILASCI

Il Relatore

Termini I. li \_\_\_\_\_

FASCICOLO \_\_\_\_\_