

## Onorevole Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Potenza

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa .....  
(cognome e nome come riportato da codice fiscale)

nato/a a ..... (Prov.) ..... il .....

residente in (città) ..... Via ..... n. ....

codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| partita

***dichiaro***

di aver svolto i 18 mesi di pratica forense e

***chiedo***

il rilascio del certificato di compiuta pratica ai sensi dell'art. 45 L.247/12.

Potenza, li ..... Firma \_\_\_\_\_

### **Allega:**

- € 50,00 per costo certificato o copia bonifico bancario di pari importo
- copia documento di riconoscimento

### **Dati obbligatori per comunicazioni:**

e mail .....

cell. ....