

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.