

## 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 ..... CAP..... il ..... iscritto nel registro

Praticanti Avvocati di Potenza il .....

### ***ch i e d e***

- la cancellazione dal registro praticanti semplici
- la cancellazione dal registro praticanti abilitati
- la cancellazione da entrambi i registri

Prendo atto che la cancellazione potrà essere deliberata solo se non siano pendenti procedimenti disciplinari.

Potenza,

Firma

dati obbligatori per comunicazioni:

e mai : .....

cell.: .....