ORDINE DEGLI AVVOCATI DI TRAPANI

Prot. N._____ Fasc._____

Addì_____

On.le CONSIGLIO dell'ORDINE degli AVVOCATI di

TRAPANI

Il sottoscritto Dott._____,

nato a _____il_____ ,

codice fiscale :																

residente in _____

nella _____,

e-mail/pec _____

c h i e d e

☐ la cancellazione dal **Registro Speciale dei Praticanti Avvocati**, con decorrenza:

- ☐ dalla data della delibera;
- ☐ dal _____.

☐ la cancellazione dal **Registro Speciale dei Praticanti Avvocati e dall'allegato Elenco dei Praticanti Avvocati abilitati al Patrocinio**, con decorrenza:

- ☐ dalla data della delibera;
- ☐ dal _____.

☐ la cancellazione **dall'Elenco dei Praticanti Avvocati abilitati al Patrocinio** ed il mantenimento dell'iscrizione al Registro speciale dei Praticanti Avvocati, con decorrenza:

- ☐ dalla data della delibera;
- ☐ dal _____.

Il sottoscritto dichiara di essere stato adeguatamente informato sulle modalità di trattamento dei suoi dati personali, ex artt. 13 e 14 Reg. UE 2016/679, avendo preso visione dell'informativa fornita dall'Ordine degli Avvocati di Trapani.

Trapani, addì _____

Firma

Allegati:
- Tesserino rilasciato dall'Ordine
- Badge Formazione
- Libretto di pratica