

Marca
Amministr.

€ 16.00

Domanda di cancellazione
ALBO AVVOCATI

Onorevole
Consiglio dell'Ordine
degli Avvocati di Livorno

Il / La sottoscritto/a _____
nato /a a _____ Il _____ e residente in
_____ Prov.(_____)
via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____ codice fiscale _____
con studio in _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ Fax _____

iscritto nell'Albo Avvocati di codesto Ordine ,

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo Avvocati .

Dichiaro di essere in regola con il pagamento della tassa dell'anno in corso.

Livorno, li _____

FIRMA
