

Marca
Amministr.

€ 16,00

**Domanda di Rilascio del Duplicato del certificato di
compiuta pratica**

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 _____

CHIEDE

che gli venga rilasciato il duplicato del certificato di compiuta pratica
ottenuto nell'anno

Livorno, li _____

FIRMA