

## DOMANDA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI COMPIUTA PRATICA

(art. 10 R.D.22.1.1934 n. 37 ed art. 9 L. 24.3.2012 n. 27) )

(da presentare in bollo €14,62)

Al Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Rimini

Il/la sottoscritto/a

dott.....nato/a a ..... il..... residente in  
.....CAP.....Via.....n.....Tel.....Codice Fiscale  
.....(eventuale Partita I.V.A. n. ....) mail .....  
Pec.....cell..... laureato/a presso l'Università di .....  
il..... iscritto/a al n.....del Registro Praticanti degli Avvocati di Rimini con delibera  
del....., con attuale domicilio legale in .....(indirizzo completo e nome  
del dominus ), avendo compiuto il prescritto periodo di pratica forense presso lo/gli Avv.:

.....

### CHIEDE

il rilascio del certificato di compiuta pratica forense, al fine di sostenere le prove d'esame da  
Avvocato, sessione.....

### ALLEGA

- 1) Certificato dell'Avvocato o del corso postuniversitario frequentato attestante i due anni di pratica professionale.
- 2) Relazione dettagliata e controfirmata dall'Avvocato in merito all'attività svolta, con le principali questioni di diritto ed i problemi anche di natura deontologica esaminate e le più importanti cause civili e penali alla cui discussione il/la sottoscritta ha partecipato.
- 3) Libretto e scheda personale di pratica professionale.
- 4) Una marca amministrativa nella misura vigente
- 5) 10,00 Euro per rilascio del certificato.

Con osservanza.

Data

FIRMA

### **AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

*A norma del Dlg 30/06/03 n. 196 e successive integrazioni, il sottoscritto dichiara di aver ricevuto le informazioni al trattamento dei dati sopra riportati, che verranno utilizzati al solo scopo di promuovere le attività della Fondazione, della Scuola, e del COA di Rimini, con invio di circolari, note informative, ecc; , e non verranno in alcun modo diffusi a persone o enti estranei a quelli citati o utilizzati per fini diversi da quelli sopra descritti. Esprime pertanto, ai sensi dell'art. 7 co.5 ter e art. 13 della predetta legge, il proprio consenso per il trattamento dei dati sopra riportati, per le finalità sopra descritte.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_