

AL CONSIGLIO DELL'ORDINE DEGLI AVVOCATI DI RIMINI

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DAL
REGISTRO PRATICANTI AVVOCATI**

Il sottoscritto Dott. (Cognome).....(nome).....Codice
Fiscale.....nato aprov. (.....) il.....,
residente aprov. (.....), in Via.....N.....
iscritto con delibera del al n.....,

CHIEDE

di essere cancellato dal Registro dei Praticanti Avvocati tenuto da questo Ordine.

Rimini, FIRMA.....

(da spedire o presentare presso la Segreteria dell' Ordine Avvocati di Rimini, previo appuntamento.

Orari della Segreteria dalle ore 10.00 alle ore 13.00 tutti i giorni escluso il giovedì e il sabato)