

Al Consiglio
dell'Ordine degli Avvocati
FIRENZE

Domanda di reiscrizione
al Registro dei Praticanti Avvocati

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____
cap _____ tel. _____ cell. _____
e-mail _____
PEC _____

chiede

di essere reiscritto/a al Registro Speciale dei Praticanti Avvocati.

Il/La sottoscritto/a _____, consapevole che l'accertamento della non veridicità delle dichiarazioni di seguito rese lo/la espone alle responsabilità penali previste in caso di false dichiarazioni, così come espressamente stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 (*Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*) e che da detto accertamento consegue l'obbligo del Consiglio di procedere alla cancellazione della iscrizione se conseguita,

DICHIARA ALLO SCOPO

(ai sensi dell'art. 46 del predetto D.P.R. e con le modalità di cui agli artt. 21 e 38 stesso decreto) :

- di essere nato/a a _____ il _____
- di essere cittadino/a _____
- di essere residente in _____ via _____
- di possedere il seguente Codice Fiscale _____

- di non aver riportato condanne penali _____ (ovvero: sentenza di applicazione di pena)

- di non avere carichi penali pendenti _____ (ovvero: di avere i seguenti carichi pendenti)

- di collaborare nello studio dell'avv. _____
con studio in _____
via _____
tel. _____ fax _____

Il/La sottoscritto/a _____ C.F. _____

presa visione dell'Informativa pubblicata sul sito dell'Ordine degli Avvocati di Firenze e disponibile anche presso gli Uffici di Segreteria, acconsente il trattamento dei dati richiesti nel presente modulo (il consenso rappresenta la base giuridica del trattamento).

Letto, confermato e sottoscritto,

_____, _____
(luogo) (data)

Firma _____

Presto il consenso Nego il consenso
alla pubblicazione della propria foto sull'Albo degli Avvocati on-line

Presto il consenso Nego il consenso
alla pubblicazione del numero di cellulare sull'Albo degli Avvocati on-line

Presto il consenso Nego il consenso
al ricevimento delle newsletter dell'Ordine

Allega:

- una fotografia formato tessera con le seguenti caratteristiche: formato: jpg, dimensioni: 240 L x 320 H pixel, risoluzione max: 300dpi
- fotocopia documento d'identità;
- fotocopia tesserino originale del codice fiscale/tessera sanitaria;
- ricevuta del pagamento da effettuarsi alle seguenti coordinate bancarie:

ORDINE AVVOCATI DI FIRENZE

Banca INTESA SANPAOLO

c/c n. 68471100000001420 – ABI 03069 – CAB 02887

IBAN : IT70 F030 6902 8871 0000 0001 420

specificare nella causale il nominativo dell'iscrivendo:

- **tassa annuale registro praticanti di € 70,00**
- **spese di istruttoria di € 15,00**

Effettuare un unico bonifico di € 85,00.

Firenze, _____

Firma

**ATTESTAZIONE DI COLLABORAZIONE
CON IL PRATICANTE AVVOCATO A TIROCINIO CONCLUSO**

Il/La sottoscritto/a Avv. _____, iscritto/a all'Albo degli Avvocati di FIRENZE dal _____, con studio in _____

Via _____, Tel. _____, Fax _____

DICHIARA

la disponibilità ad accogliere presso il proprio studio, a far data dal _____,

il Dott./ la Dott.ssa _____, nato/a a _____

il _____, e residente a _____ in via _____,

per un periodo di collaborazione come Praticante Avvocato.

Dichiara:

- che il numero dei praticanti che in atto svolgono la pratica forense presso il proprio studio è di n. _____ con esclusione del/della suddetto/a dott./dott.ssa _____
- Dichiara di essere in regola con l'obbligo formativo relativamente all'ultimo triennio e di avere ottenuto l'attestato di formazione continua ex art. 25 comma 7 del Regolamento per la formazione Continua del CNF n. 6/2014.
- Dichiara di essere esentato dall'obbligo della formazione continua ex art. 11 L.P. e art. 15 del Regolamento per la Formazione Continua del CNF n. 6/2014.

Con osservanza.

Firenze, _____

Firma
