

MARCA
DA
BOLLO
€. 16,00

Al
Consiglio dell'Ordine
degli Avvocati di Cagliari
Palazzo di Giustizia
Piazza Repubblica
09125 CAGLIARI

Il/La sottoscritto/a Avv. _____

Nato/a il ____/____/____ a _____

residente in _____ Via _____

con studio in _____ Via _____

Codice Fiscale

Partita IVA _____

PEC *

CHIEDE

di essere **cancellato/a** dall'Albo degli Avvocati di Cagliari*.

Firma

(*) obbligatoria

- Allegare alla presente Tessera Avvocato e Badge di ingresso.
- Attualmente iscritto/a Difensori Ufficio ☐ **NO** ☐ **SI**
- Attualmente iscritto/a Elenchi ☐ **NO** ☐ **SI** _____
specificare quale

se iscritti all'Albo delle Magistrature Superiori è dovere dell'Avvocato richiedere specifica cancellazione al Consiglio Nazionale Forense