

MODULO DI RICHIESTA DEL TESSERINO PROFESSIONALE Avvocato / Praticante

Al Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Cagliari anche Via mail: avv.ca@libero.it

Il/La sottoscritto/a Avv.	/Dott./Dott.ssa	a	
nato/a il//	a		_
		CHIEDE	
il rilascio del tesserino	professionale	per:	
primo rilascio rinnovo		nnovo	smarrimento*
Autorizza all'utilizzo de	lla foto già in Vo	ostro possesso	
Chiede di sostituire	la foto in Vostro	o possesso con quella	che allego alla presente istanza
(formato immag	ine jpg, dimens	sioni 240x320 pixel, ris	oluzione max 300 dpi)
acconsente No	n acconsente	la pubblicazione de	ella foto sull'area riservata.
Allega:			
• copia documento d'id	dentità		
• € 15,00 (costo del tes	serino)		
oppure copia della rice ORDINE DEGLI AVVOC IBAN: IT72X03069048	ATI DI CAGLIAR	II Banca INTESA SANP	guenti coordinate bancarie: AOLO
trattamento automatizzato e esercitare i diritti sanciti agl non appartenenti all'Unione	e/o manuale dei pr i artt. 15-22 del Re _i e Europea.	opri dati per la finalità e mi golamento UE n. 2016/679	ti di Cagliari autorizza e acconsente al inimizzazione dei dati, con la possibilità di D. I dati non saranno trasferiti in Paesi terzi prescindere del consenso in applicazione
	r adempiere agli d	obblighi di legge ai quali	l'Ordine come organismo istituzionale è
	,	33	Firma

inoltrare la richiesta alla Società SFERABIT. La tempistica di rilascio del tesserino, meramente indicativa, sarà di circa 20 giorni dalla richiesta. Sarà cura del richiedente prendere contatti con la Segreteria in via telefonica (Tel. 070308304) per chiedere informazioni sulla disponibilità del tesserino.

Nota informativa: a seguito dell'invio alla Segreteria dell'Ordine della presente istanza, la stessa provvederà ad

(*) in caso di smarrimento è necessario allegare copia della denuncia effettuata presso le autorità competenti.