

ISTANZA DI CANCELLAZIONE
DALL' ELENCO DEI PRATICANTI ABILITATI AL PATROCINIO SOSTITUTIVO
(ai sensi dell'art. 17 co. 9 L. 247/12)

COMPILARE IN STAMPATELLO

La/Il sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
(____) il _____, e residente in _____, (____), via
_____ n. _____,

c h i e d e

**la cancellazione dall'elenco degli Avvocati di Padova e dichiara di essere in regola
con il pagamento della quota dell'Ordine per l'anno in corso**

prende atto che

- la cancellazione decorrerà dalla data della delibera Consiliare e potrà essere approvata solo se sarà verificata, ai sensi dell'art. 17 c. 16 L. 247/2012, l'assenza di procedimenti disciplinari;
- la delibera di cancellazione sarà comunicata all'istante a mezzo pec;
- l'indirizzo **pec** con dominio @ordineavvocatipadova.it verrà chiuso decorsi 60 gg. dalla comunicazione della delibera di cancellazione e non potrà più essere utilizzato. Sarà cura dell'interessato gestire direttamente con Namirial l'archiviazione delle pec.

Si allega alla presente il tesserino identificativo e copia di un documento di riconoscimento valido.

Con osservanza.

Padova, _____

Firma leggibile