

Domanda di cancellazione

**Onorevole
Consiglio dell'Ordine
degli Avvocati di
Bologna**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ e residente in _____ Prov. (_____

via _____ n. _____ CAP. _____

tel. _____ codice fiscale: _____

con studio in _____ via _____ n. _____

CAP _____ Tel.: _____ FAX: _____

iscritto nell'Albo Avvocati di codesto Ordine,

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo Avvocati per:

- incompatibilità;
- rinuncia volontaria.

Bologna, li _____

FIRMA
