

**ALL'ON.LE CONSIGLIO DELL'ORDINE DEGLI AVVOCATI DI TERMINI IMERESE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Applicare  
Marca da bollo  
€ 16,00

**CHIEDE DI ESSERE DALL'ALBO DEGLI  
AVVOCATI**  
PER IL SEGUENTE MOTIVO \_\_\_\_\_

**Spazio riservato alla  
Segreteria dell'Ordine**

Dichiara, ai sensi dell'**art. 46 D.P.R. 445/2000**, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'**art. 76 D.P.R. 445/2000** per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- 1) di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- 2) di essere in regola con i contributi professionali;
- 3) di non essere sottoposto a procedimenti disciplinari;
- 4) di volere ricevere la notifica dell'avvenuta cancellazione al seguente recapito:  
via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

Termini Imerese li \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**Da compilarsi solo se Cassazionista**

Il sottoscritto, inoltre, **ESPRIME** la facoltà di rimanere iscritto nel solo Albo dei Cassazionisti e Giurisdizioni Superiori esistendo il requisito previsto dal comma 5, art. 33 del RDL 27/11/1933 aggiunto dalla L. 07.12.1951 n. 1333 firma \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAZIONE**

in regola e firma  
conforme al disposto  
dell'art. 38 D.P.R.  
445/2000

Il Responsabile

Si delega per riferire  
il Consigliere  
Avv. \_\_\_\_\_

Term. Im \_\_\_\_\_

Il Presidente

Non vi sono ricorsi a  
carico.

Il Responsabile

**IL SOTTOSCRITTO ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI**

- Tesserino professionale rilasciato all'atto dell'iscrizione
- Fotocopia del documento di riconoscimento (carta di identità o passaporto)
- Copia dell'attestazione dell'avvenuta cessazione dell'attività, rilasciata dall'Agenzia delle Entrate competente per territorio

o Si Cancelli

Il Relatore

Avv. \_\_\_\_\_