

Al Consiglio dell'Ordine  
degli Avvocati di Oristano  
**09170 ORISTANO**

\* \* \* \* \*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

CF. \_\_\_\_\_ Residente in

\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la cancellazione dal Registro Speciale dei Praticanti Avvocati,  
previo versamento del contributo dovuto all'Ordine.

Oristano, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma)