

**Applicare**  
Marca  
amministr.  
  
**€ 16,00**

**AL CONSIGLIO  
DELL'ORDINE DEGLI AVVOCATI  
DI SAVONA**

Il / La sottoscritt\_\_\_ Dott. ....  
nat\_\_\_ in ..... prov./naz. .... il .....  
residente in ..... prov. .... c.a.p. ....  
via ..... tel. n. ....  
Tel Cell. ....  
iscritto/a nel Registro dei Praticanti Avvocati

**ch i e d e**

la cancellazione dal Registro medesimo.

**All'uopo allega:**

- Tesserino di appartenenza a codesto Ordine (se Praticante Abilitato)
- Libretto di pratica forense (se Praticante Semplice)
- Fotocopia pagamento quota di iscrizione anno in corso.

Savona, il .....

.....

(firma)