

ORDINE DEGLI AVVOCATI DI TRAPANI

Modulo richiesta nuovo tesserino di riconoscimento ed aggiornamento dati personali

Il presente modulo va compilato dall'interessato **solo** nel caso di variazioni dei dati personali rispetto a quanto pubblicato nell'Area *Albo Avvocati* del sito internet dell'Ordine ed all'atto dell' **ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI AVVOCATI**.

COGNOME		NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA		CODICE FISCALE	

DOMICILIO PROFESSIONALE NEL CIRCONDARIO DEL TRIBUNALE DI TRAPANI

INDIRIZZO					
LOCALITÀ		CAP		PROV.	
TELEFONO					
FAX					
PEC					
E-MAIL	da pubblicare sull'Albo		SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CELLULARE	da pubblicare sull'Albo		SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

EVENTUALE SECONDO STUDIO

INDIRIZZO					
LOCALITÀ		CAP		PROV.	
TELEFONO					
FAX					

RESIDENZA

INDIRIZZO					
LOCALITÀ		CAP		PROV.	
TELEFONO					
FAX					
DATA ISCRIZIONE ALBO AVVOCATI:	AL N.		CASS.	SI	NO
RICHIEDE IL RILASCIO DI NUOVO TESSERINO DI RICONOSCIMENTO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	

PRENDE ATTO CHE IL CONSIGLIO POTRA' UTILIZZARE L'INDIRIZZO E-MAIL INDICATO PER AVVISI DI NATURA ORDINARIA E COMUNICAZIONI DI CARATTERE GENERALE.

DATA

FIRMA (leggibile) _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA		PROGRAMMA	<input type="checkbox"/>	ALBO	<input type="checkbox"/>
CASSA	<input type="checkbox"/>	DIFESA	<input type="checkbox"/>	FAX	<input type="checkbox"/>