

**ORDINE DEGLI AVVOCATI DI  
TRAPANI**

Prot. N. \_\_\_\_\_ Fasc. \_\_\_\_\_

Addì \_\_\_\_\_

**AL CONSIGLIO DELL'ORDINE DEGLI AVVOCATI  
TRAPANI**

Il sottoscritt\_\_ dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_,  
iscritt\_\_ al N. \_\_\_\_\_ del Registro dei Praticanti Avvocati in data \_\_\_\_\_,  
comunica che, a far data dal \_\_\_\_\_, frequenta la Scuola di  
Specializzazione per le Professioni legali \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

altresì, di essere esonerat\_\_ dalla partecipazione alle udienze e dalla frequenza allo  
studio relativamente al \_\_\_\_\_ ed al \_\_\_\_\_ semestre di pratica forense.

Allega il libretto di pratica professionale e si riserva di produrre il diploma di  
specializzazione ai fini del rilascio del certificato di compiuta pratica.

Trapani, li \_\_\_\_\_

(firma)

Il sottoscritto prende atto che la raccolta ed il trattamento dei propri dati personali, effettuato ai  
soli fini istituzionali, avverrà in conformità a quanto disposto dal d.lgs 196/2003 (TU sulla privacy).

Trapani, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_