

**ORDINE DEGLI AVVOCATI DI
TRAPANI**

Prot. N. _____ **Fasc.** _____

Addi _____

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

__l__ sottoscritt__ dott. _____
nat__ 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.

Il sottoscritto dichiara di essere stato adeguatamente informato sulle modalità di trattamento dei suoi dati personali, ex artt. 13 e 14 Reg. UE 2016/679, avendo preso visione dell'informativa fornita dall'Ordine degli Avvocati di Trapani .

Trapani, lì

(firma)