

Spett. le Consiglio dell'Ordine
degli Avvocati di Napoli Nord
Piazza Trieste e Trento
presso il Castello Aragonese
81031 Aversa (CE)

OGGETTO: richiesta certificato di cancellazione

Il sottoscritto Avv..... nato
a..... il con studio legale in alla via
..... n..... codice fiscale.....

CHIEDE

un certificato di cancellazione dall'Albo degli Avvocati/ Registro dei
Praticanti

Allega ricevuta di pagamento €. 5.00.

Aversa li _____

Il Richiedente

.....