MARCA
DA
BOLLO

**€. 16,00**

**Al**
**Consiglio dell'Ordine**
**degli Avvocati di Cagliari**
Palazzo di Giustizia
Piazza Repubblica
**09125 CAGLIARI**

Il/La sottoscritto/a Avv. _____

Nato/a il___/____/_____a _____

residente in_____Via _____

con studio in_____Via _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Partita IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PEC * _____

**CHIEDE**

di essere **cancellato/a** dall'Albo degli Avvocati di Cagliari.

_____
Firma

(*) obbligatoria

- Allegare alla presente Tessera Avvocato e Badge di ingresso.