

Ill.mo
Consiglio
dell'Ordine degli Avvocati
di Venezia
santa Croce 465
VENEZIA

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

con studio in _____

Tel. _____ fax _____

iscritto al Registro dei Praticanti abilitati dal _____
ottenuto il certificato di compiuta pratica il _____

CHIEDE

- l'esonero totale per l'anno _____
- l'esonero parziale per l'anno _____ nel periodo _____

dall'obbligo formativo ai sensi dell'art. 5 del Regolamento per la formazione continua della professione di avvocato in quanto ricorre la seguente ipotesi:

- interruzione dell'attività professionale per oltre 6 (sei) mesi
indicare motivo: _____
- trasferimento all'estero per oltre 6 (sei) mesi
indicare motivo: _____
- gravidanza
- adempimento dei doveri di maternità/paternità
- malattia
- infortunio
- altre condizioni personali
indicare quali: _____

Si allega documentazione comprovante quanto dichiarato.

Venezia,

Firma _____