

***RICHIESTA CANCELLAZIONE DAL REGISTRO
DEI PRATICANTI***

Marca da
Bolli
€ 16,00

Al
Consiglio dell'Ordine degli Avvocati
di **Massa Carrara**

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
e residente in _____ Via _____ n. _____
iscritto nel Registro dei Praticanti di Massa Carrara dal _____

C H I E D E

la cancellazione dal Registro medesimo.

Massa, li _____

Firma _____