

MARCA DA BOLLO
€ 16,00

PROT. N _____

CONSIGLIO dell'ORDINE FORENSE di SASSARI
RICHIESTA PARERE CONGRUITA'

ISTANTE

NOME/COGNOME _____

DATA e LUOGO DI NASCITA _____

Residente /Con studio in (se avvocato) _____

Per comunicazioni:

n.telefono: _____ n.cellulare _____

e.mail: _____

CONTROPARTE INTERESSATA

NOME/COGNOME _____

DATA e LUOGO DI NASCITA _____

Residente /Con studio in (se avvocato) _____

n.telefono: _____ n.cellulare _____

e.mail: _____

PARCELLA INERENTE (OGGETTO CONTROVERSIA): _____

UFFICIO GIUDIZIARIO e n. RUOLO : _____

N.B. L'indicazione della residenza del contro interessato è obbligatoria. In difetto l'istanza non potrà essere accettata.

Consigliere Istruttore incaricato _____

Comunicazione al contro-interessato inviata il _____

Richiesta Integrazione Documentazione in data _____

Documentazione Integrativa fornita in data _____

Delibera del Consiglio dell'Ordine in data _____

	ACCOGLIMENTO
	RIGETTO