

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