

ORDINE DEGLI AVVOCATI DI TRAPANI

Modulo aggiornamento dati personali e richiesta nuovo tesserino di riconoscimento

Il presente modulo va compilato dall'interessato nel caso di variazioni dei dati personali rispetto a quanto pubblicato nell'Area *Albo Avvocati* del sito internet dell'Ordine ed all'atto dell' **ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI AVVOCATI**.

COGNOME		NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA		CODICE FISCALE	

DOMICILIO PROFESSIONALE NEL CIRCONDARIO DEL TRIBUNALE DI TRAPANI

INDIRIZZO						
LOCALITÀ		CAP		PROV.		
TELEFONO						
FAX						
PEC						
E-MAIL		da pubblicare sull'Albo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CELLULARE		da pubblicare sull'Albo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

EVENTUALE SECONDO STUDIO

INDIRIZZO					
LOCALITÀ		CAP		PROV.	
TELEFONO					
FAX					

RESIDENZA

INDIRIZZO					
LOCALITÀ		CAP		PROV.	
TELEFONO					
FAX					
DATA ISCRIZIONE ALBO AVVOCATI:		AL N.		CASS.	SI NO
RICHIEDE IL RILASCIO DI NUOVO TESSERINO DI RICONOSCIMENTO		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

PRENDE ATTO CHE IL CONSIGLIO POTRA' UTILIZZARE L'INDIRIZZO E-MAIL INDICATO PER AVVISI DI NATURA ORDINARIA E COMUNICAZIONI DI CARATTERE GENERALE. Il sottoscritto dichiara di essere stato adeguatamente informato sulle modalità di trattamento dei suoi dati personali, ex artt. 13 e 14 Reg. UE 2016/679, avendo preso visione dell'informativa fornita dall'Ordine degli Avvocati di Trapani

DATA _____

FIRMA (leggibile) _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA		PROGRAMMA	<input type="checkbox"/>	CNF	<input type="checkbox"/>
CASSA	<input type="checkbox"/>	DIFESE	<input type="checkbox"/>	PCT	<input type="checkbox"/>
		INI PEC	<input type="checkbox"/>	@	<input type="checkbox"/>