ORDINE DEGLI AVVOCATI DI TRAPANI

Prot. N._____ Fasc._____

Addì_____

2015

AL CONSIGLIO DELL'ORDINE DEGLI AVVOCATI DI TRAPANI

Il sottoscritto Avv. _____,

con studio _____,

tel._____Fax_____e-mail_____

iscritto al N. _____ dell' Albo Avvocati tenuto da Codesto Ordine, con anzianità _____,

CHIEDE

□ L'ISCRIZIONE:

nell'Elenco degli Avvocati disponibili ad assumere l'incarico di Curatore Fallimentare.

Trapani, lì _____

_____