

**DOMANDA DI ISCRIZIONE
ALL'«ASSOCIAZIONE DEGLI AVVOCATI ROMANI»**

Al Consiglio Direttivo,

il/la sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA _____

C.F. _____ P.I. _____ CELL. _____

ABITAZIONE _____ CAP _____ TEL. _____

STUDIO _____ CAP _____ TEL. _____

FAX _____ E-MAIL _____

ISCRITTO ALL'ALBO / REGISTRO DAL _____ TESS. N. _____

PRINCIPALI SETTORI DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE _____

TITOLARE DELLO STUDIO / ASSOCIATO / COLLABORATORE (cancellare le voci che non interessano)

PRESENTATO DA _____

CHIEDE

di essere associato all'Associazione degli Avvocati Romani.

Roma, _____

Presto il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003

Domanda accettata / respinta con delibera del _____

La quota di iscrizione ammonta ad € 30,00; l'iscrizione avrà durata fino al 31 dicembre dell'anno in corso.

Si allega copia del bonifico effettuato sul conto corrente bancario intestato all'Associazione degli Avvocati Romani:

IBAN IT25H0312403203000000231645