

AUTOCERTIFICAZIONE DEL DOMICILIO PROFESSIONALE PREVALENTE
(ai sensi dell'art.7 L. 247/2012)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

P.zza/Via _____ n. _____

C.A.P. _____ Cod. Fisc. _____

DICHIARA

- di avere il domicilio professionale prevalente in _____
Via/P.zza _____ n. _____
Tel. _____ Fax _____
e-mail _____

e che provvederà a comunicare tempestivamente all'Ordine degli Avvocati di Pisa ogni variazione.

In Fede

Pisa, _____
