

**AUTOCERTIFICAZIONE DEL DOMICILIO PROFESSIONALE PREVALENTE  
PRATICANTI AVVOCATI ABILITATI AL PATROCINIO**

*Il/La sottoscritto/a* \_\_\_\_\_

*nato/a a* \_\_\_\_\_ *il* \_\_\_\_\_

*residente in* \_\_\_\_\_

*Piazza/Via* \_\_\_\_\_ *n* \_\_\_\_\_

*C.A.P.* \_\_\_\_\_ *codice fiscale* \_\_\_\_\_

***DICHIARA***

*sotto la propria responsabilità di avere il domicilio professionale prevalente*

*in* \_\_\_\_\_ *,Via* \_\_\_\_\_ *n.* \_\_\_\_\_

*C.A.P.* \_\_\_\_\_ *tel.* \_\_\_\_\_ *,fax* \_\_\_\_\_

*e mail* \_\_\_\_\_

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

*Pisa li* \_\_\_\_\_

*In fede*

\_\_\_\_\_