



Ordine degli Avvocati di Siena

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritt_ Dott.....nato/a
a.....il.....e residente
a.....via/p.zza.....n°.....
C.F.....
e.mail, cellulare
iscritt_ nel Registro dei Praticanti Avvocati di dal

CHIEDE

di essere iscritt_ al Corso per l'accesso alla professione forense - maggio 2024/ottobre 2024 –

- I semestre
 II semestre
 III semestre

SI IMPEGNA

Ad effettuare il pagamento di €. 150,00 esclusivamente a mezzo bonifico bancario sul conto intestato a *Associazione Forense dell'Ordine degli Avvocati di Siena* - Codice Iban IT51D0707514202000000027150 – causale: cognome_ nome _

DICHIARA

che i dati personali di cui sopra sono veritieri, consapevole delle responsabilità di legge per le dichiarazioni mendaci.

DICHIARA INFINE

di autorizzare l'uso di tali dati per le finalità proprie del corso.

Lì,

In fede

Il presente modulo di iscrizione e la ricevuta di avvenuto pagamento dovranno essere trasmesse ad entrambi i seguenti indirizzi e-mail:

info@ordineavvocatisiena.it

mediaconciliazione@ordineavvocatisiena.it