ATTESTAZIONE DI ACCOGLIENZA

Il/la sottoscritto/a Avv. _____, iscritto/a all'Albo degli Avvocati di Venezia

dal _____, con studio in _____ , via_____

n. _____cap._____ , Tel._____ , Fax. _____

Email _____

DICHIARA

la disponibilità ad accogliere presso il proprio studio, a far data dal _____

il/la Dott. _____ , nato/a a _____ il _____ ,

residente in _____ via_____ n._____

per lo svolgimento della pratica professionale, impegnandosi a formarlo/a sotto la propria guida e controllo, conformemente alle disposizioni previste dalla Legge Professionale, dal Regolamento della pratica forense e dal Codice deontologico, dei quali ha conoscenza.

Dichiara, altresì, che il numero dei praticanti la cui formazione sta seguendo (comprensivo del/della Dott. di cui sopra) è di n. _____.

Con osservanza.

Venezia, _____

FIRMA AVV. _____

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 25, comma 7, del Regolamento CNF 16 Luglio 2014 n. 6, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

di avere assolto l'obbligo di formazione continua triennale.

Venezia, _____

FIRMA AVV._____