

Al
Consiglio dell'Ordine
degli Avvocati
di Oristano

Il/La sottoscritto/a Avv. _____

nato/a a _____ (Prov. di _____) il ___/___/19___

Residente in _____ Via _____ n. _____

con studio in _____ nella Via _____ n. _____

tel. _____ fax _____

CHIEDE

di essere inserito nella lista per l'incarico di amministratore di sostegno ai
sensi dell'art. 404 c.c.

Oristano _____

firma