

ORDINE DEGLI AVVOCATI DI RAVENNA

FONDAZIONE FORENSE RAVENNATE

Il sottoscritto

AVV. _____

NATO A _____ IL _____

C.F. _____ P.I. _____

CON STUDIO IN _____ INDIRIZZO _____

EMAIL: _____

con la presente richiede il tesserino di iscrizione all'Albo Avvocati, valido anche ai fini della Formazione Professionale Continua.

FIRMA _____

F O T O

DA RESTITUIRE COMPILATO IN STAMPATELLO UNITAMENTE AL DEPOSITO DI € 30,00 (c/c intestato a: Fondazione Forense Ravennate, presso La Cassa di Ravenna SpA, sede centrale, IBAN: IT30C0627013100CC0000033396)

DICHIARAZIONE PRIVACY (REG. UE 2016/679) Il /La sottoscritto/a, nel trasmettere i propri dati comprese le immagini all'Ordine degli Avvocati di Ravenna/Fondazione Forense, acconsente al loro trattamento, anche con l'ausilio di strumenti informatici, da parte dello stesso, limitatamente a quanto necessario per il rilascio del tesserino. Il /La sottoscritto/a è inoltre a conoscenza del fatto che i dati non saranno trasmessi ad enti esterni, se non limitatamente agli obblighi di legge. Dichiaro altresì di essere informato/a dei diritti conferiti all'interessato dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 conformemente all'informativa privacy pubblicata sul sito dell'Ordine stesso.

Firma _____