В Адвокатскую палату

 Тюменской области

Заявление

Довожу до сведения Совета Адвокатской палаты, что желаю (не желаю) участвовать в системе оказания юридической помощи по назначению следователя, дознавателя, суда на территории Тюменской области.

 Сообщаю общедоступные сведения:

|  |  |
| --- | --- |
| Номер в реестре адвокатов |  |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Номер удостоверения |  |
| Дата выдачи удостоверения |  |
| Наименование органа, выдавшего удостоверение |
| Район работы по назначению  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Номер рабочего мобильного телефона | ***в федеральном формате (11 цифр)*** |
| Адрес электронной почты |  |
| Наименование адвокатского образования |
| Адрес адвокатского образования |
|  | Почтовый адрес адвокатского образования |
|  | Адрес электронной почты адвокатского образования |
|  | Телефон адвокатского образования | ***в федеральном формате (11 цифр)*** |

Со всеми решениями органов АПТО ознакомлен (а), обязуюсь их исполнять.

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019

Достоверность сведений подтверждаю, адвокат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_