**В СОВЕТ АДВОКАТСКОЙ ПАЛАТЫ**

**города МОСКВЫ**

Адвокат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ф.и.о.)

(рег.№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адвокатское удостоверение №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдано\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

проживающий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес, телефон)

Электронный адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Название адвокатского образования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

В порядке ст.17 Федерального закона «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации» прошу прекратить мой статус адвоката с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение: - справка об отсутствии задолженности в АП города Москвы

- Копия паспорта

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) (подпись)

**Удостоверение № сдал (не сдал)**

*(нужное подчеркнуть)*