В Совет Адвокатской палаты

Оренбургской области

от адвоката **Ф.И.О.**

Регистрационный номер:

Адрес:

Номер телефона:

**Заявление о прекращении статуса адвоката**

Прошу прекратить статус адвоката, на основании пп. 1 п.1 ст.17 Федерального закона N 63-ФЗ «Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации», по собственному желанию.

**Задолженностей перед Адвокатской палатой Оренбургской области не имею.**

**ДАТА.МЕСЯЦ.ГОД. подпись Ф.И.О.**