

Advogado

**Exmo.(a) Senhor(a)
Presidente do Conselho Provincial de
Luanda da Ordem dos Advogados de
Angola**

Luanda

REQUERIMENTO

_____, que também
usa assinar o nome abreviado de _____, estado
civil _____ profissão _____, morador (a) _____
_____ (rua, bairro, telefone),
portador do B.I. n.º _____, emitido em ____/____/_____, pelo Arq.
Nacional de identificação, contribuinte fiscal n.º _____,
encontrando-se no pleno gozo dos seus direitos civis e _____

_____ (vide notas A ou B)
e _____
_____ (vide notas C ou D).

Requer a sua inscrição como Advogado pela Província de _____.

.....

DECLARAÇÃO DE COMPATIBILIDADE DE FUNÇÕES

Declaro, sob compromisso de honra, que não exerço quaisquer funções incompatíveis com o exercício da Advocacia, nomeadamente as seguintes:

- a) PRESIDENTE DA REPÚBLICA
- b) VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA
- c) MAGISTRADO JUDICIAL E DO MINISTÉRIO PÚBLICO;
- d) MINISTROS DE ESTADO, MINISTROS, SECRETÁRIOS DE ESTADO E VICE-MINISTROS
- e) PROVIDOR DE JUSTIÇA E PROVIDOR-ADJUNTO;
- f) GOVERNADOR E VICE-GOVERNADORES PROVINCIAIS;
- g) GOVERNADOR E VICE-GOVERNADORES DO BANCO NACIONAL DE ANGOLA;
- h) FUNCIONÁRIOS DOS TRIBUNAIS, DA POLÍCIA E DOS SERVIÇOS EQUIPARADOS;
- i) QUAISQUER OUTRAS ENTIDADES QUE EXERÇAM FUNÇÕES QUE, POR LEI, SEJAM INCOMPATÍVEIS COM O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA

Pede Deferimento

Assinatura _____

Assinatura do nome abreviado _____

Data ____/____/____

Notas:

- A) Não exercendo nem nunca tendo exercido cargo ou actividade de qualquer natureza incompatível com o exercício da advocacia.
- B) Exercendo as funções de _____, e não exercendo nem nunca tendo exercido qualquer outro cargo ou actividade incompatível com exercício da advocacia.
- C) Tendo concluído o estágio nos termos do Estatuto da O.A.A.
- D) Estando dispensado do estágio nos termos do Estatuto da O.A.A.