Advogado Estagiário

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

<u>Luanda</u>

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).**

Requer a sua inscrição como Advogado Estagiário pela Província de _____, indicando como seu patrono o Advogado _____, cartão nº_____ com escritório _____ _____ _____ _____ (rua, bairro, município).

……..

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) PROVEDOR DE JUSTIÇA E PROVEDOR-ADJUNTO;
f) GOVERNADOR E VICE-GOVERNADORES PROVINCIAIS;
g) GOVERNADOR E VICE-GOVERNADORES DO BANCO NACIONAL DE ANGOLA;
h) FUNCIONÁRIOS DOS TRIBUNAIS, DA POLICIA 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.