



UFFICIO DEL CONSIGLIO DISCIPLINA
IL CONSIGLIO DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE TRIBUNALE
D'APPELLO DEL DISTRETTO DI COLUMBIA

515 Fifth Street, N.W.
Building A, Room 117
Washington, D.C. 20001
(202) 638-1501 Fax (202) 638-0862

(Favore di scrivere a mano o battere a macchina)

Data: _____

A. Il Suo Nome: (Dott.)

(Sign)

(Sign.na)

(Sign.a) _____

(Nome)

(Iniziale)

(Cognome)

Indirizzo: _____

(Via)

(Apt. #)

(Città)

(Stato)

(Codice Postale)

Telefono (Uff.): _____ Telefono (Residenza): _____ Cellulare: _____

NOTA: Si prega di completare i numeri di telefono e di comunicarci qualsiasi cambio d'indirizzo)

B. Avvocato di Cui si Sporge Reclamo:

Nome: _____

(Nome)

(Iniziale)

(Cognome)

Indirizzo: _____

(Via)

(Apt. #)

(Città)

(Stato)

(Codice Postale)

Telefono (Uff.): _____ Numero di licenza dell'avvocato, se è Saputo _____

C. Ha mai presentato questo reclamo a qualche altro ente? Se così fosse, favore di provvedere dettagli:

D. Ha un accordo di rappresentazione scritto con il avvocato? Se così fosse, favore di provvedere una copia.

E. Dove applicabile, fornire il nome del tribunale al quale si dirisse la causa originale, e il titolo e il numero del caso. _____

F. Dispone di altri documenti rilevanti? Se si dispongono, favore di provvedere copie. _____

VEDERE IL DORSO PER I REQUISITI DETTAGLI E FIRMA

_____ FIRMA