Квалификационная комиссия

Адвокатской палаты г.Севастополя

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. претендента

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

домашний адрес претендента

З А Я В Л Е Н И Е

Настоящим подтверждаю, что в отношении меня решения судов о признании недееспособным или ограниченно дееспособным не принимались, вступившие в законную силу решения о признании меня недееспособным или ограниченно дееспособным отсутствуют.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

подпись Ф.И.О.