**З Р А З О К**

Заповнюється власноруч

Голові КДКА Чернівецької області

З.М. Дяченко

П.І.Б.-------------------

Адреса-----------------

№ тел.-----------------

**ДОВІДКА**

 Я (П.І.Б.) підтверджую, що раніше, кваліфікаційні іспити на прво заняття адвокатською діяльністю мною не складались, свідоцтво про право на заняття адвокатською діяльністю не отримувалось, рішення про позбавлення свідоцтва про право на заняття адвокатською діяльністю не приймалось.

ДАТА ПІДПИС