**До Ради адвокатів Львівської області**

Я, адвокат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (прізвище, ім’я, по-батькові)

Свідоцтво про право на заняття адвокатською діяльністю №\_\_\_\_\_\_\_, видане від «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ року, робоча адреса : Україна, м. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, вул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,буд.№\_\_\_\_\_\_,кв.\_\_\_\_\_, включений до реєстру керівників стажування, даю згоду на керівництво стажуванням

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

 ( прізвище, ім’я, по-батькові особи)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)