 **ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΣ ΔΙΚΗΓΟΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΧΡΟΝΟΥ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟ (Κ.Δ.Π. 386/2017)**

|  |
| --- |
| Στοιχεία Δικηγόρου: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Κος |  |  Κα  |  |

Ονοματεπώνυμο:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Αρ. Μητρώου Δικηγόρου:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Αρ. Ταυτότητας: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Τηλέφωνο επικοινωνίας:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Λόγοι υποβολής της αίτησης: |

Παρακαλώ επιλέξτε και επεξηγήστε τους λόγους για τους οποίους υποβάλλετε την παρούσα αίτηση:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **√** | **Λόγοι Αίτησης:** | **Λεπτομέρειες / Σχόλια:**  |
|  | Ηλικία (συμπλήρωση 60ου έτους ηλικίας και 30 χρόνια εξασκήσεως επαγγέλματος) |  |
|  | Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό πρόγραμμα στη Νομική  |  |
|  | Διδάσκων Νομικής σε Πανεπιστήμιο |  |
|  | Άδεια ασθενείας / άδεια μητρότητας |  |
|  | Άλλο |  |

|  |
| --- |
| Βεβαίωση από Ανώτατο Δικαστήριο ή βεβαίωση από Πανεπιστήμιο ή βεβαίωση από Ιατρό ή αρμόδιο φορέα. |

Η παρούσα αίτηση θα πρέπει να συνοδεύεται από βεβαίωση από το Ανώτατο Δικαστήριο σε περίπτωση που η απαλλαγή αφορά ηλικία και χρόνια άσκησης επαγγέλματος. Σε περίπτωση που η αίτηση αφορά παρακολούθηση/φοίτηση σε μεταπτυχιακό ή διδακτορικό πρόγραμμα θα πρέπει να συνοδεύεται από βεβαίωση από το Πανεπιστήμιο, όπως θα πρέπει να γίνεται και για όσους διδάσκουν σε Πανεπιστήμιο. Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να αναφέρονται στη βεβαίωση τα μαθήματα και οι ώρες διδασκαλίας του κάθε διδάσκοντα. Εάν η αίτηση αφορά λόγους ασθενείας ή και μητρότητάς τότε θα πρέπει να προσκομίζονται οι απαραίτητες βεβαιώσεις. Για οποιοδήποτε άλλο λόγο, παρακαλώ όπως αποστείλετε σχετικές βεβαιώσεις προς εξέταση του αιτήματός σας.

Παρακαλώ καταγράψετε τα επισυναπτόμενα έγγραφα:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Βεβαίωση/ Υπογραφή: |

Βεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες που καταγράφονται στο παρόν έντυπο καθώς και στα επισυναπτόμενα έγγραφα / δικαιολογητικά είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις. Αντιλαμβάνομαι ότι παραβιάζω τους κανόνες δεοντολογίας του δικηγορικού επαγγέλματος με την παροχή λανθασμένων ή παραπλανητικών πληροφοριών. Επίσης, αντιλαμβάνομαι ότι είμαι υποχρεωμένος/η να παράσχω περαιτέρω πληροφορίες στην Ειδική Επιτροπή ΣΕΕ σε περίπτωση που μου ζητηθεί.

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Υπογραφή: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Τα πιο πάνω στοιχεία θα χρησιμοποιούνται μόνο από την Ειδική Επιτροπή ΣΕΕ για σκοπούς Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης.

**Πληροφορίες:**

Η αίτηση θα πρέπει να σταλεί ηλεκτρονικά στο cpt@cba.org.cy.

|  |
| --- |
| **ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ ΧΡΗΣΗ:** |
| Εγκρίνεται Απορρίπτεται  |
|  Απαλλαγή Σχόλια:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Για την περίοδο:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Σφραγίδα Π.Δ.Σ.:**