PARA USO DA OAB Código Interno |__|__|__|__|__|__| Tesouraria |________|__|__|__|__|__|__|__|

RESPOSTAS OPCIONAIS:

É portador de deficiência ( ) Sim ( ) Não
Se positiva. Qual?____
É doador de órgãos e tecidos ( ) Sim ( ) Não

Exmo. Sr. Dr. Presidente da Ordem dos Advogados do Brasil, Secção de São Paulo

Nome ____
abaixo qualificado, mediante informações e apresentação dos documentos solicitados, requer a V. Exa. seja concedida a inscrição ______________________________, para a Comarca de ___________________________

01 - QUALIFICAÇÃO:

Estado civil _____________________________________ Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )

Nome do pai
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nome da Mãe
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Data de Nascimento |__|__/__|__/ __|__ Nacionalidade |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Local de Nascimento |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CPF |__|__|__|__|__|__|__|__|__|- |__|__| RG |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Org. Exp. |__|__|__|__|__|

Título de Eleitor |_________________________| Zona |______| Seção |______| Certificado Militar |_________________________| Expedido pelo |_________________________|

Endereço Residencial
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CEP |__|__|__|__|__|-|__|__|__| Cidade |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| UF |__|__| DDD |__|__| Telefone |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

E-mail: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

02 - FACULDADE/CIDADE/CAMPUS ____
____ Colação de Grau |__|__/ __|__/ __|__|

03 - Assinalar tipo de inscrição anteriormente solicitada à OAB:

( ) Estagiário ( ) Provisória ( ) Definitiva ( ) Outro Estado ( )

04 - EXERCE QUALQUER ATIVIDADE PROFISSIONAL:

( ) Sim ( ) Não

Nome do Empregador: ____
Cargo ou Função: ____
Endereço de Trabalho:
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CEP |__|__|__|__|__| -|__|__|__| Cidade |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| UF |__|__| DDD |__|__| Telefone |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Obs.: Em caso positivo, informar os dados solicitados e relativamente à atividade pública, quando o requerente ocupar cargo, exercer função, estiver licenciado ou afastado, deverá juntar certidão ou declaração do empregador, na qual conste a natureza, especificação das funções e atribuições, em face do disposto nos artigos **27**, **28**, **29** **e** **30** do Estatuto da Advocacia (Lei Federal 8.906/94).

05 - DECLARAÇÃO DE ANTECEDENTES:

Foi ou está sendo processado; sofreu condenação pela prática de delito (crime ou contravenção); ou foi demitido de cargo ou função pública, anteriormente ou eventualmente exercidos.
( ) Sim ( ) Não
(Em caso positivo, apresentar certidão de pé, situação e objetivo da respectiva ação penal ou documento hábil que esclareça as razões da demissão).

06 - As declarações supra são feitas sob as penas da Lei (sanções civis, administrativas - inclusive eliminação dos quadros da Ordem por falsa prova - e penais).

P. Deferimento

____
Local e data

____
Assinatura