



## فرم شماره ۱۴ - معرفی وکیل سرپرست مخصوص قبول شده های آزمون

نکات مهم: ۱- لطفاً از تا نمودن فرم خوداری فرمایید.

۲- سابقه اشتغال به وکالت وکیل سرپرست به شرح زیر است:

الف- شهر تهران هشت سال ب- مرکز استان پنج سال ج- سایر

کانون وکلای دادگستری استان سمنان

احتراماً اینجانب کد ملی فرزند در آزمون کارآموزی وکالت سال ۱۴ رتبه را در سهمیه/آزاد کسب نموده ام و محل اشتغال به وکالت شهر واقع در استان و محل اشتغال به کارآموزی شهر واقع در استان می باشد موافقت کتبی آقای/خانم ..... وکیل محترم دادگستری رابه عنوان وکیل سرپرست جهت صدور دستور مقتضی ارائه مینمایم

امضا

تاریخ

نام و نام خانوادگی

وظایف وکیل سرپرست: ماده ۵۷ آیین نامه اجرایی لایحه قانونی استقلال کانون وکلای دادگستری

شرایط و وظایف وکیل سرپرست به شرح زیر است: الف - شرایط: ۱- حداقل هشت سال سابقه وکالت پایه یک برای شهر تهران و پنج سال برای سایر شهرها و داشتن پروانه تمدید شده؛ ۲ - نداشتن محکومیت انتظامی درجه چهار و بالاتر؛ ۳ - نداشتن سوء شهرت؛ ۴ - داشتن دفتر دایر و متناسب و اشتغال مستمر در محل تعیین شده در پروانه؛ ب - وظایف: ۱ - نظارت بر رفتار و انجام تکالیف کارآموزی و شئون و اخلاق حرفه ای وکالت؛ ۲ - آموزش و راهنمایی کارآموز در پرونده های وکالتی وی و نظارت بر آن ها؛ ۳ - پذیرش کارآموزان و حداکثر پنج کارآموز به صورت همزمان؛ تبصره - در محل هایی که وکیل واجد شرایط به تعداد کافی نباشد، با موافقت رییس کانون، پذیرش بیش از پنج کارآموز همزمان مجاز است. ۴ - پذیرش کارآموز در دفتر، حداقل دو روز در هفته و فراهم کردن موجبات یادگیری مذاکره با موکل و مشاوره، ۵ - گواهی و گزارش نحوه انجام تکالیف مقرر به کمیسیون کارآموزی

نظر وکیل سرپرست:

اینجانب کد ملی متولد صادره از متاهل/مجرد، دارای پروانه وکالت شماره محل اشتغال شهر که محل دفتر شهر بنشانی است که پروانه وکالت پایه یک خود را در تاریخ و تا تاریخ تمدید نموده ام با سال سابقه قضایی

(در صورت داشتن سابقه قضایی) با اطلاع و آگاهی از وظایف وکیل سرپرست بشرح فوق و مساعی و تلاش برای ایفاء آن در طول مدت کارآموزی، موافقت خود را با وکیل سرپرستی کارآموز خانم/آقا اعلام میدارم. ضمناً در حال حاضر تعداد نفر کارآموز تحت سرپرستی اینجانب می باشد/می باشند.

امضاء و مهر

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

کادر های زیر توسط کانون تکمیل میگردد:

دفتر صدور پروانه

ضمن تایید صحت اطلاعات قبول شده با مشخصات یاد شده در بالا با توجه به حایز شرایط بودن وکیل سرپرست، درخواست فوق به شماره در تاریخ ثبت گردید.

تعیین میشود لذا مقتضی است اقدام لازم معمول گردد

به عنوان وکیل سرپرست

دفتر آقای

رئیس کانون وکلای دادگستری استان سمنان

امضاء