

**ს.ს.ი.პ. საქართველოს ადვოკატთა ასოციაციის**

**ეთიკის კომისიის მიერ დადგენილი შეკითხვის ფორმა**

|  |  |
| --- | --- |
| **ადვოკატის სახელი, გვარი \*** |  |
| **სიითი № \***  **სპეციალიზაცია: \***  **საერთო**  **სამოქალაქო**  **სისხლი** |  |
| **პირადი (საიდენ.) ნომერი \*** |  |
| **ძირითადი მისამართი\*** |  |
| **ფაქტობრივი ადგილსამყოფელი\*** |  |
| **ალტერნატიული მისამართი\*\*** |  |
| **სამუშაო ადგილი და მისამართი\*\*** |  |
| **სახლის ტელ.\*\*** |  |
| **სამსახურის ტელ.\*\*** |  |
| **მობილური\*** |  |
| **ელ.ფოსტა\*\*** |  |

*\* სიმბოლოთი აღნიშნული ველები სავალდებულოა შესავსებად*

*\*\* შეავსეთ ასეთის არსებობის შემთხვევაში*

*პერსონალური მონაცემები კონფიდენციალურია და ხელმისაწვდომია მხოლოდ ეთიკის კომისიისათვის.*

**შეკითხვა**

*გთხოვთ, შეკითხვაში აღწეროთ:*

*• ჰიპოთეტური ფაქტები;*

*• შესაძლო ქმედება და არ მიუთითოთ კონკრეტული პირის საიდენტიფიკაციო მონაცემები.*

|  |
| --- |
|  |