

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

N° tél :

Monsieur le Bâtonnier de l'Ordre des Avocats

Service des Commissions d'Office

7, rue du Palais

29000 QUIMPER

Monsieur le Bâtonnier,

Je suis convoqué(e) devant (Nom de la juridiction : le Tribunal Correctionnel, la Chambre correctionnelle de la Cour d'Appel ...) :

Je suis convoqué(é) le :

A : heures .

Je sollicite de votre part la désignation d'un Avocat d'Office pour cette audience. Vous trouverez ci-joint la copie de la convocation qui m'a été adressée.

J'ai bien pris note que les services de cet Avocat ne seront pas nécessairement gratuits, mais en fonction de mes revenus. De ce fait, je m'engage à fournir des copies des justificatifs que vous trouverez également en pièces jointes.

Vous en remerciant par avance,

(Signature)

PJ : copie de ma convocation et des justificatifs demandés

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AVOCAT D'OFFICE

Je soussigné (nom et prénom)

Sollicite auprès de Monsieur le Bâtonnier de l'Ordre des Avocats de QUIMPER la désignation d'un Avocat commis d'office, étant convoqué à l'audience :

- du tribunal correctionnel / du tribunal de Police/ cour d'appel chambre correctionnelle

Le (date)à.....heures.....

Objet de la poursuite (nature des faits)

Fait à, le

Signature

ATTENTION !!! AUCUNE SUITE NE SERA DONNEE AUX DEMANDES DEPOSEES MOINS DE 5 JOURS AVANT L'AUDIENCE OU AUX DEMANDES INCOMPLETES

NB : Ce document doit obligatoirement être complété recto verso et joint à votre demande et retourné avec :

- ▶ photocopie de l'intégralité de votre convocation,
- ▶ photocopie de votre pièce d'identité
- ▶ photocopie du livret de famille à jour
- ▶ photocopie d'un justificatif de domicile
- ▶ photocopie de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition,
- ▶ photocopie de la dernière déclaration de ressources (ASSEDIC, RMI, indemnisations Sécurité Sociale, RSA, AAH ...) ou photocopie des trois derniers bulletins de salaire

À l'adresse suivante :

Monsieur le Bâtonnier de l'ordre des Avocats, Service des Commissions d'Office
7, rue du Palais - 29000 QUIMPER

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

Je soussigné:

Né le : à

De nationalité :

Demeurant :

Tel :

Mail :

PROFESSION :

SITUATION DE FAMILLE

Célibataire Marié (e) Veuf (ve) Divorcé (e)

Charges de famille : oui - non

Si oui : Nombre d'enfants de moins de 18 ans :

Nombre d'enfants de plus de 18 ans et de moins de 25 ans qui poursuivent leurs études :

Nombre d'enfants titulaires de la carte d'invalidité, quel que soit leur âge :

Autre personne à charge ou vivant habituellement avec le bénéficiaire :

Si le demandeur est un mineur ou une personne sous tutelle :

Nom du représentant légal

Adresse

RESSOURCES DU DEMANDEUR :

Montant des ressources annuelles ou mensuelles déclarées

AUTRES INFORMATIONS :

Êtes-vous titulaire d'un contrat d'assurance protection juridique ? OUI NON

Si OUI : fournir le formulaire « déclaration d'assurance protection juridique » rempli par votre assurance.

Je déclare prendre note qu'une fausse déclaration m'expose à un retrait d'aide juridictionnelle et à des sanctions pénales.

Fait à, le20

Signature