

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE COM O EXERCÍCIO DA ADVOCACIA*

*deve ser preenchida se o(a) declarante for bacharel em Direito

Nome social (a ser preenchido pelo(a) declarante que se identifica como trans, travesti ou transexual, tendo em vista o disposto na Resolução CNJ nº 270/2018):

Nome civil: _____

Documento de Identidade (RG) nº: _____

Órgão expedidor: _____

CPF: _____

Telefone(s) de contato com DDD: _____

E-mail: _____

Considerando que o exercício da advocacia, mesmo em causa própria, é **incompatível** com as atividades exercidas pelos ocupantes de cargos ou funções vinculados direta ou indiretamente a qualquer órgão do Poder Judiciário (art. 28, IV, da Lei nº 8.906/1994, objeto da ADI nº 5235, cujo pedido foi julgado improcedente), **DECLARO**, sob as penas da lei (art. 299 do Código Penal), estar ciente da referida **incompatibilidade** (proibição total de exercer a advocacia) e das medidas previstas nos arts. 11, IV e 12, II, da Lei nº 8.906/1994 (cancelamento da inscrição na OAB e licenciamento do profissional, conforme o caso).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta os seus efeitos legais.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) declarante