



DENUNCIA DE CESE DE INCOMPATIBILIDAD

Apellido/s: _____

Nombre/s: _____

Tomo: _____ Folio: _____

D.N.I. N°: _____

i. Declaro que desde el _____ de _____ de _____ he cesado como / en el cargo de

_____ ,

por lo que solicito la rehabilitación de la matrícula.

A los efectos de acreditar dicha circunstancia, acompaño _____

Asimismo, declaro bajo juramento No haber hecho ejercicio de la profesión desde la fecha de cese denunciada.

Haber hecho ejercicio de la profesión desde la fecha de cese denunciada.

ii. Deseo recibir toda comunicación referente a esta presentación en el domicilio (marcar con una cruz):

LEGAL (En Capital Federal únicamente – No es posible constituir domicilio especial en casilleros postales)

POSTAL (Solo en caso que desee recibir comunicaciones en un domicilio distinto del legal)

que denuncio en: _____

Localidad _____ Provincia _____

Cód.Postal: _____ Teléfono/s _____

En caso de discordancia entre el domicilio registrado en la base de datos institucional y el que aquí se consigna, se procederá a la modificación registral en los términos del art.11 de la ley 23.187.

Buenos Aires _____ / _____ / _____

Firma del Abogado

Entrega credencial profesional (art.17 R.I.)



TEL.DE CONTACTO: _____

- Departamento de Matrícula -