



SOLICITUD DE CERTIFICADO

Apellido/s: _____

Nombre/s: _____

Tomos: _____ Folio: _____

D.N.I. N°: _____

TIPO DE CERTIFICADO (Marcar con una cruz)

i. **COMÚN** (SE INFORMA ESTADO ACTUAL, ANTIGÜEDAD, INSCRIPCIONES ANTERIORES E IN/EXISTENCIA DE SANCIONES)

a. **CON DOMICILIO LEGAL** SI NO

ii. **ACTUACIÓN EN CAUSA PROPIA**

En patrocinio del Sr./Sra. _____

D.N.I. N° _____

Causa/Actuaciones judiciales _____

Grado de Parentesco: Padre Madre Cónyuge Hijo/a Abuelo/a

Observaciones

PARA SER PRESENTADO ANTE/EN:

Buenos Aires ____/____/____

Firma del Abogado

Aclaración

TEL.DE CONTACTO: _____

- Departamento de Matrícula -

Colegio Público de Abogados de la Capital Federal
Avenida Corrientes 1441 - C1042AAA - Bs.As. - Argentina
matricula@cpacf.org.ar - Fax: 4379-8700 int.230