



DENUNCIA DE INCOMPATIBILIDAD

Apellido/s: _____

Nombre/s: _____

Tomo: Folio: _____

D.N.I. N°: _____

i. Declaro que desde el _____ de _____ de _____ me desempeño en/como

A los efectos de acreditar dicha circunstancia, acompaño _____

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.

iii. Solicito se me expida un certificado de incompatibilidad para ser presentado ante (valor \$35):

Buenos Aires ____/____/____

Firma del Abogado

TEL.DE CONTACTO: _____

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



- 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