



## DENUNCIA DE CESE DE INCOMPATIBILIDAD

Apellido/s: \_\_\_\_\_

Nombre/s (Prenombre): \_\_\_\_\_

Tomo: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

D.N.I. N°: \_\_\_\_\_

CUIT/CUIL: \_\_\_\_\_

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. A los efectos de recibir toda notificación referente a esta presentación, denuncio correo electrónico:

\_\_\_\_\_

Buenos Aires \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Abogado

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



\_\_\_\_\_

TEL.DE CONTACTO: \_\_\_\_\_