



Registro de Instrumentos Privados

O

Solicitud de registro de Testamento Ológrafo

Nº

DATOS DEL TESTAMENTO OLÓGRAFO

TESTADOR

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: _____

TIPO Y Nº DOCUMENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE: _____

NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE: _____

DOMICILIO REAL: _____

FECHA DE CELEBRACIÓN: _____

ALBACEA

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: _____

TIPO Y Nº DE DOC. DE IDENTIDAD: _____

DOMICILIO REAL: _____

ALBACEA

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: _____

TIPO Y Nº DE DOC. DE IDENTIDAD: _____

DOMICILIO REAL: _____

ENTREGA EN SOBRE CERRADO: SI _____ NO _____

PARA EL SUPUESTO DE EXISTIR TESTAMENTO ANTERIOR QUE SE REVOCA O MODIFICA

TIPO DE TESTAMENTO: _____

FECHA DE CELEBRACIÓN: _____

OTROS DATOS: _____

ABOGADO REQUIRENTE

APELLIDO Y NOMBRES: _____

TIPO Y Nº DE DOC. IDENTIDAD: _____ TOMO: _____ FOLIO: _____

DOMICILIO LEGAL: _____ TEL: _____

Declaro bajo juramento, con la firma autógrafa inserta al pie, que conozco y entiendo el reglamento del Registro de Instrumentos Privados del Colegio Público de Abogados de la Capital Federal y que la presente solicitud de registro se ajusta a su normativa. Comprendo que esta presentación implica el ejercicio profesional y se rige de acuerdo a las normas disciplinarias vigentes, encontrándome sometido al conocimiento del Tribunal de Disciplina. Declaro la veracidad de los datos que se consignan en el formulario y que se corresponden con el instrumento que se presenta en este acto. Nota: Se hace constar que el Colegio Público de Abogados de la Capital Federal no se expide ni juzga sobre la veracidad de los datos contenidos en la presente solicitud ni verifica el contenido para el supuesto de entregarse en sobre cerrado. Tampoco se pronuncia ni califica sobre la validez jurídica del testamento o contenido del sobre cerrado que por el presente se incorpora al Registro. La expedición de informes sobre este testamento queda limitada a los casos previstos en el artículo 9º del Reglamento.

FIRMA ABOGADO REQUIRENTE

FIRMA PARTE REQUIRENTE

La recepción del presente y de los documentos no implica conformidad para el registro

RESERVADO CPACF

Espacio exclusivo
para ser completado
por el CPACF

SELLO

HORA:

<input type="checkbox"/> VERIFICADO PAGO/EXENTO	<input type="checkbox"/> VERIFICADO FORMALIDADES
<input type="checkbox"/> VERIFICADO FIRMAS/COPIAS	<input type="checkbox"/> CARGADO AS/400
<input type="checkbox"/> ACTA	<input type="checkbox"/> ENTREGA ACTA