



Solicitud de registro
de Testamento Ológrafo

Nº

REGISTRO DE INSTRUMENTOS PRIVADOS

TESTADOR

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: _____

TIPO Y N° 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 N° DE DOC. DE IDENTIDAD: _____

DOMICILIO REAL: _____

ALBACEA

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: _____

TIPO Y N° DE DOC. DE IDENTIDAD: _____

DOMICILIO REAL: _____

SI EXISTE TESTAMENTO OLÓGRAFO ANTERIOR consignar N°: _____

ABOGADO REQUIRENTE

APELLIDO Y NOMBRES: _____

TOMO: _____ FOLIO: _____ EMAIL _____

Declaro bajo juramento que conozco el reglamento del Registro de Instrumentos Privados del Colegio y que la presente solicitud se ajusta a su normativa. Esta presentación implica ejercicio profesional y se rige de acuerdo a las normas disciplinarias vigentes. Declaro la veracidad de los datos que se consignan y que se corresponden con el instrumento que se presenta. 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 dentro del sobre cerrado. No se pronuncia ni califica la validez jurídica del testamento. La recepción no implica conformidad para el registro.

EL DOCUMENTO DEBE PRESENTARSE EN SOBRE CERRADO Y ADJUNTAR AL FORMULARIO COPIA DEL DNI DEL TESTADOR O DE LA TESTADORA.

FIRMA ABOGADO/A

FIRMA TESTADOR/A

RESERVADO CPACF

- VERIFICADO PAGO/EXENTO
- VERIFICADO FORMALIDADES
- VERIFICADO FIRMAS / DNI
- CARGADO AS/400
- ACTA
- ENTREGA ACTA