

COLEGIO PÚBLICO DE ABOGADOS DE LA CAPITAL FEDERAL

**Av.** **Corrientes** **1441** **-** **Tel.** **4379-8700** **INT.** **458/459** [**tribunal.arbitral@cpacf.org.ar**](mailto:tribunal.arbitral@cpacf.org.ar)

**Avenid**

FORMULARIO INSCRIPCION CONCURSO DE ARBITROS

COLEGIO PUBLICO DE ABOGADOS DE CAPITAL FEDERAL

Fecha:

Apellido y Nombre (completo):

Documento Tipo y Nº:

Fecha de nacimiento:

Profesión:

Titulo de grado:

Institución:

Tomo:

Folio:

Dirección: Domicilio real:

Domicilio constituido CPACF:

Localidad :

Código Postal :

Teléfonos: celular :

Fijo:

Casilla de e-mail:

**Manifestando haber leído y comprendido los contenidos del Reglamento de Concurso de Árbitros, Comisión de Arbitraje Nacional e Internacional del Colegio Público de Abogados de la Capital Federal, en plena conformidad con el mismo, solicito ser postulante al mencionado Concurso, en el presente formulario.**

FIRMA Y ACLARACIÓN: