



DECLARACIÓN JURADA LEY 23.187



FOTO
4 x 4

Firma

1. Apellido Completo (IMPRESA MAYÚSCULA)

Nombre Completo (IMPRESA MAYÚSCULA)

2. Documento D.N.I. N° CUIT/CUIL N°

3. Nacionalidad _____

4. Fecha de Nacimiento / / Localidad/Ciudad _____ Provincia _____ País _____

5. Apellido y Nombre del Padre completo (IMPRESA MAYÚSCULA)

6. Apellido y Nombre de la Madre completo (IMPRESA MAYÚSCULA)

7. Domicilio especialmente constituido en Capital Federal (público) - Art. 11 - Ley 23.187 / art. 4 - inc. e) - R.I.

Calle N° Piso Oficina/Dpto
Código Postal Teléfono

8. Domicilio Real

Calle N° Piso Oficina/Dpto
Localidad Provincia
Código Postal Teléfono

e-mail (*)

(*) Acepto hacer público mi dirección de correo electrónico (marque con una cruz lo que corresponda) SI NO

9. Fecha de Expedición del Título

Universidad Otorgante

			/					/						
--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Documentación que se acompaña

<input type="checkbox"/>	fotocopia del diploma
<input type="checkbox"/>	fotocopia del certificado analítico

Observaciones: _____

11. Declaración jurada

Declaro bajo juramento que NO me encuentro comprendido dentro de los impedimentos e inhabilidades establecidos por el art.3 de la Ley 23.187.

Buenos Aires, _____ de _____ de 20_____

Fórmula

1	2	3	4
---	---	---	---

(marque con una cruz lo que corresponda)

Firma del Abogado

Espacio reservado para el COLEGIO PÚBLICO DE ABOGADOS DE LA CAPITAL FEDERAL.

Fecha de aprobación						
Fecha de juramento						

Se deja constancia que el peticionante ha prestado juramento y se le entregó la credencial en el acto de juramento

Firma Autoridad

Reinscripción

Inscripciones anteriores en Capital Federal

Organismo	Tomo	Folio	Fecha de Juramento												
<input type="checkbox"/> C. N.A. Civ.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
<input type="checkbox"/> C.S.J. N.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
<input type="checkbox"/> C.P.A.C.F.	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

Fecha de aprobación						
Reinscripción						

El día _____ recibí credencial.

Firma reinscripción