

MATRÍCULA



DENUNCIA DE CESE DE INCOMPATIBILIDAD

Tomo: _____ Folio: _____

Apellido/s:

Nombre/s:

N° de documento:

CUIL/CUIT:

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 cese denunciada.

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

Buenos Aires, ____/____/____

Firma del abogado: _____

Aclaración: _____

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

Teléfono de contacto: _____
