

MATRÍCULA



DENUNCIA DE INCOMPATIBILIDAD

Es requisito acreditar la causal de incompatibilidad adjuntando al presente:

- ▶ COPIA SIMPLE DEL ACTO DE DESIGNACIÓN O RESOLUCIÓN Y
- ▶ COPIA SIMPLE DEL ACTA O CERTIFICACIÓN DE LA TOMA DE POSESIÓN.

Tomo: _____ Folio: _____

Apellido/s:

Nombre/s:

N° de documento:

CUIL/CUIT:

i. Declaro que desde el _____ de _____ de _____ me desempeño en/como

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

iii. Solicito se me expida un certificado de incompatibilidad (arancelado) para ser presentado ante:

Buenos Aires, ____/____/____

Firma del abogado: _____

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

Aclaración: _____

Teléfono de contacto: _____