



## 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:

---

Nº de documento:

CUIL/CIUT:

---

i. Declaro que desde el \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_