

COLEGIO PÚBLICO DE ABOGADOS

1ª. CIRCUNSCRIPCIÓN - CORRIENTES

www.cpapc.com



DENUNCIA DE CESE DE INCOMPATIBILIDAD

APELLIDO/S:

NOMBRE/S:

M.P.: TOMO: FOLIO:

D.N.I. N°:

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.

Deseo recibir toda comunicación referente a esta presentación en el domicilio (marcar con una cruz):

LEGAL:

REAL:

CORRIENTES ____/____/____

FIRMA DEL ABOGADO:

ACLARACIÓN:

TEL. DE CONTACTO:

ENTREGA CREDENCIAL PROFESIONAL:

