

COLEGIO PÚBLICO DE ABOGADOS

1ª. CIRCUNSCRIPCIÓN - CORRIENTES

www.cpapc.com



DENUNCIA DE INCOMPATIBILIDAD

APELLIDO/S:

NOMBRE/S:

M.P.:

TOMO:

FOLIO:

D.N.I. N°:

Declaro que desde el de de me desempeño en/como:

.....

A los efectos de acreditar dicha circunstancia, acompaño

.....

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

LEGAL:

REAL:

Solicito se me expida un certificado de incompatibilidad para ser presentado ante:

.....

CORRIENTES ____/____/____

FIRMA DEL ABOGADO:

ACLARACIÓN:

TEL. DE CONTACTO:

ENTREGA CREDENCIAL PROFESIONAL:

