

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN LA MATRÍCULA

SEÑOR PRESIDENTE
DEL COLEGIO DE ABOGADOS
Abg. RAFAEL SANTA CRUZ
SU SESPACHO:

El/ La que suscribe, cuyos datos se detallan al pie, solicita su inscripción
en la matrícula de abogado/a de esta provincia.

Nombre y Apellido:

D.N.I. N°

Fecha Nacimiento:

Nacionalidad:

Estado Civil:

DOMICILIO
DE
RESIDENCIA

Calle:

Barrio:

Localidad:

Provincia:

Cód. Postal:

Tel. Fijo:

Celular

DOMICILIO
DE
ESTUDIO JURIDICO

Calle:

Barrio:

Localidad:

Provincia:

Cód. Postal:

Tel. Fijo:

Celular

Correo Electrónico:

Fecha de recepción

Firma del Profesional