



Exhibido el día / /

Vence el día / /



Foto 3 x 3

Para uso del Colegio
Córdoba,

Mat. N°

Señor Presidente del
Colegio de Abogados de Córdoba
S/D

El/la que suscribe

cuyos datos personales consigna al pie, solicita al señor Presidente, quiera tener a bien inscribirlo en la Matrícula de Abogado.

APELLIDOS:

NOMBRES:

D.N.I./L.E./L.C.

ESTADO CIVIL:

FECHA DE NACIMIENTO: . . . / . . . / . . .

LUGAR NACIMIENTO:

C.P. LUGAR NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

TITULO/S UNIVERSITARIO/S:

UNIVERSIDAD QUE LO OTORGÓ:

FECHA DE LA ULTIMA MATERIA: . . . / . . . / . . .

DOMICILIO REAL:

BARRIO:

C.P.:

TEL:

E-MAIL PART.:

DOMICILIO LEGAL:

BARRIO:

C.P.:

TEL:

E-MAIL LEGAL:

Fijo domicilio Electrónico a los fines de la presentación, y/o válido para notificaciones y S.A.C.

NOMBRE DEL PADRE: FECHA NAC.: / /

NOMBRE DE LA MADRE: FECHA NAC.: / /

NOMBRE DEL CONYUGE: FECHA NAC.: / /

NOMBRE DEL/OS HIJO/S: 1) FECHA NAC.: / /

. 2) FECHA NAC.: / /

. 3) FECHA NAC.: / /

. 4) FECHA NAC.: / /

. 5) FECHA NAC.: / /

. 6) FECHA NAC.: / /

Comunica así mismo a ese Colegio, en cumplimiento de lo dispuesto por el Art. 19 inc. 10 Ley 5805, que su estudio está integrado por el suscripto y los abogados: (caso contrario la leyenda "NO ME COMPRENDE")

Igualmente declara bajo juramento que no le comprenden las inhabilidades determinadas en el art. 2 incs. 2 y 3 de la Ley Provincial 5805.

Firma:

Recibo N°:

Monto:

COLEGIO DE ABOGADOS DE CORDOBA

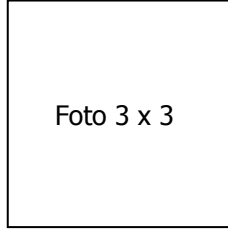
Fecha de emisión de diploma: / /

Se recibió en la fecha solicitud de inscripción en la matrícula de abogado/a Dr/a.



Exhibido el día / /

Vence el día / /



Para uso del Colegio

Mat. N°

Córdoba,

Señor Presidente del Colegio de Abogados de Córdoba S/D

El/la que suscribe

cuyos datos personales consigna al pie, solicita al señor Presidente, quiera tener a bien inscribirlo en la Matrícula de Abogado.

APELLIDOS:

NOMBRES:

D.N.I./L.E./L.C.

ESTADO CIVIL:

FECHA DE NACIMIENTO: / /

LUGAR NACIMIENTO:

C.P. LUGAR NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

TITULO/S UNIVERSITARIO/S:

UNIVERSIDAD QUE LO OTORGÓ:

FECHA DE LA ULTIMA MATERIA: / /

DOMICILIO REAL:

BARRIO:

C.P.:

TEL:

E-MAIL PART.:

DOMICILIO LEGAL:

BARRIO:

C.P.:

TEL:

E-MAIL LEGAL:

COPIA DE LA MATRÍCULA DE ABOGADO

NOMBRE DEL PADRE: FECHA NAC.: / /

NOMBRE DE LA MADRE: FECHA NAC.: / /

NOMBRE DEL CONYUGE: FECHA NAC.: / /

NOMBRE DEL/OS HIJO/S: 1) FECHA NAC.: / /

2) FECHA NAC.: / /

3) FECHA NAC.: / /

4) FECHA NAC.: / /

5) FECHA NAC.: / /

6) FECHA NAC.: / /

Comunica así mismo a ese Colegio, en cumplimiento de lo dispuesto por el Art. 19 inc. 10 Ley 5805, que su estudio está integrado por el suscripto y los abogados: (caso contrario la leyenda "NO ME COMPRENDE")

Igualmente declara bajo juramento que no le comprenden las inhabilidades determinadas en el art. 2 incs. 2 y 3 de la Ley Provincial 5805.

Firma:

Recibo N°:

Monto:

COLEGIO DE ABOGADOS DE CORDOBA

Fecha de emisión de diploma: / /

Se recibió en la fecha solicitud de inscripción en la matrícula de abogado/a Dr/a.