Colegio Público de Abogados de la Capital Federal

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.**

Apellido/s: _____

Nombre/s (Prenombre): _____

Tomo: **Folio:** **CUIT/CUIL:** _____

i. **Declaro que desde el** _____ **de** _____ **de** _____ **me desempeño en/como**

_____

ii. **A los efectos de recibir toda notificación referente a esta presentación, denuncio correo electrónico:**

_____

iii. **Solicito se me expida un certificado de incompatibilidad para ser presentado ante (arancelado):**

_____

Buenos Aires _____/_____/_____

_____

Firma del Abogado

TEL.DE CONTACTO: _____

Entrega credencial profesional (art.17 R.I.)

☐ _____

Gerencia de Matrícula
Colegio Público de Abogados de la Capital Federal
Avenida Corrientes 1441 – C1042AAA – Bs.As. – Argentina
matricula@cpacf.org.ar