



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:

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.



Exibido 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:

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.