CAJA DE ABOGADOS
Provincia de Buenos Aires
Su futuro, nuestra responsabilidad

Avda. 13 N° 821/29 - 3° piso - Tel.: (0221) 427-0204* - Fax: (0221) 422-6297 - (1900) La Plata e-mail: info@cajaabogados.org.ar

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL RÉGIMEN DE ABOGADOS DISCAPACITADOS

Datos del afiliado:

Apellido/s y Nombre/s completos			
Número de Legajo	Tipo y Número de Documento	Fecha Nacimiento / / .-	
Nacionalidad	Colegio de Abogados / Delegación	Tomo	Folio

Estado Civil

☐ Soltero ☐ Separado de hecho Desde: / / Autoridad ante quien formuló la denuncia: _____

☐ Casado ☐ Separado legalmente Desde: / / Acción judicial iniciada ante: _____

☐ Viudo ☐ Divorciado Desde: / / Acción judicial iniciada ante: _____

Domicilio Real

Calle:	N°:	Torre/Bloque:	Piso:	Dpto.:
Barrio Privado / Country:				
Localidad:			C.P.:	
Teléfono/s: ( )	Fax: ( )			
Celular: ( )	E-mail:			

Domicilio Legal (Estudio Profesional)

Calle:	N°:	Torre/Bloque:	Piso:	Dpto.:
Localidad:			C.P.:	
Teléfono/s: ( )	Fax: ( )			
Celular: ( )	E-mail:			

Domicilio Postal

☐ Domicilio Real ☐ Domicilio Legal ☐ Otro

Calle:	N°:	Torre/Bloque:	Piso:	Dpto.:
Barrio Privado / Country:				
Localidad:			C.P.:	
Teléfono/s: ( )	Fax: ( )			
Celular: ( )	E-mail:			

Marque con una cruz (X) el domicilio para recibir correspondencia. El domicilio por usted indicado se considerará como "constituido" a los efectos de las comunicaciones que emita esta Caja.

_____
Firma del Solicitante

Certificación de Identidad y Firma por Autoridad Competente: (Unicamente podrán certificar Directivos y Funcionarios de la Caja de Abogados, Directivos de los Colegios de Abogados, Policía, Juez de Paz, Escribano c/ registro y Registro Público de Comercio)

Lugar y fecha: _____

_____ _____
Firma y sello Aclaración de firma y cargo

PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA CAJA DE ABOGADOS

Documentación que debe acompañar:

☐ Certificado de Matrícula

☐ Documentación médica respaldatoria de la discapacidad

PARA DAR INGRESO A ESTA SOLICITUD ES INDISPENSABLE
LA PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Observaciones	Firma y sello del responsable que recibe

Form. 173/1