



COLEGIO DE ABOGADOS DE SAN MARTÍN

Registro de Abogado de Apoyo para el Ejercicio de la Capacidad Jurídica de las Personas con Discapacidad

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



Apellido y Nombre:

DNI:.....

Tomo Folio:

Domicilio real:

Domicilio constituido:

Teléfono:

Celular:

Correo electrónico:

Certificados Académicos/ Especialización:

.....

.....

.....

Declaro conocer y aceptar los términos del Reglamento del Registro de Abogado de Apoyo para el Ejercicio de la Capacidad Jurídica de las Personas con Discapacidad del Colegio de Abogados de San Martín.-----

Firma y sello.