



**Caja de Previsión y Seguridad Social
de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba**

27 DE ABRIL 842 - 5000 Córdoba – Teléfono (0351) 4235900
www.caja-abogados.org.ar

Córdoba, de de

A la
Caja de Previsión y Seguridad Social de
Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba
S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

.....

Afiliado/a Nro. DNI

con domicilio en calle.....

Nro. piso.....dpto.....Barrio.....

Teléfonos.....e-mail.....

de la ciudad de CP.....

Comparece ante Uds. a fin de solicitar el **RECONOCIMIENTO
DE EJERCICIO PROFESIONAL**

Sin otro particular, les saludo muy atte.

.....

Firma



***Caja de Previsión y Seguridad Social
de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba***

27 DE ABRIL 842 - 5000 Córdoba – Teléfono (0351) 4235900
www.caja-abogados.org.ar

REQUISITOS

1. Completar el formulario
2. Certificado del Colegio de Abogados respecto del movimiento de la matrícula profesional de abogado/a solicitante
3. No registrar deuda de la Institución

Nota: Puede enviar los requisitos digitalizados como archivos adjuntos en formato pdf a la siguiente dirección de correo electrónico: informacion@caja-abogados.com.ar