



FOTO

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Llenar en letra de imprenta

Fecha: / /

DATOS PERSONALES**APELLIDOS Y NOMBRES:**CÉDULA Nro. F/NAC: E/CIVIL: NACIONALIDAD: V E

SEXO: F M EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS:

DATOS DEL COLEGIO DE ABOGADOS

COLEGIO DE ABOGADOS: MATRÍCULA: FECHA:

Nro. LIBRO: Nro. FOLIO:

DATOS DE ESTUDIO Y REGISTRO

UNIVERSIDAD: FECHA GRADUACIÓN:

Nro. LIBRO: Nro. FOLIO: ESTADO:

REGISTRO PÚBLICO: FECHA REGISTRO:

Nro. LIBRO: NRO. FOLIO: ESTADO:

DATOS DE HABITACIÓN**DIRECCIÓN:**

ESTADO: TELÉFONOS:

CORREO ELECTRÓNICO:**DATOS DE TRABAJO**EJERCICIO LIBRE: EMPRESA PIVADA: ADMIN. PÚBLICA: PODER JUDICIAL:

CARGO: DIRECCIÓN:

ESTADO: TELÉFONOS:

DECLARACIÓN JURADA DE BUEN ESTADO DE SALUD

Mediante la presente, declaro bajo juramento encontrarme en buen estado de salud física y mental, no presentar enfermedad crónica, ni preexistente, ni infecto contagiosa y tener las condiciones físicas y mentales necesarias para el ejercicio de la Profesión.

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL ABOGADO

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO

En caso de no indicarse beneficiarios, se aplicarán las normas que sobre la materia prevé nuestra Legislación. Por medio de la presente solicitud cumpla en suministrar las informaciones requeridas por el Instituto de Previsión Social del Abogado, para mi debida inscripción en dicho Instituto. Declaro que los datos que anteceden son verídicos y constituyen la base fundamental para el otorgamiento de los beneficios que me corresponden como afiliado al Instituto. En consecuencia, si los datos suministrados son falsos, me expondré a las consecuencias establecidas en el Certificado Individual de Protección Social Básica Suscrito con el Inpreabogado.

FECHADA EN EL DÍA DE DE 20

MATRÍCULA ASIGNADA POR INPREABOGADO Nro. _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

PRESIDENTE DEL COLEGIO DE ABOGADOS

HUELLA

FIRMA Y SELLO