DATOS DEL ABOGADO REQUIERENTE

NOMBRE Y APELLIDO:

TIPO Y NRO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

DOMICILIO LEGAL:

INSCRIPTO AL TOMO: FOLIO: C.A.:

DATOS Y REQUISITOS PARA REGISTRO DE TESTAMENTOS OLÓGRAFOS

TESTADOR APELLIDO Y NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:   
TIPO Y Nº DE DOCUMENTO:

DOMICILIO

NOMBRE DEL PADRE

NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE

ALBACEA APELLIDO Y NOMBRE:

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO:   
 DOMICILIO REAL:  
 FIRMADO EL:

TESTAMENTO OTORGADO EL DÍA:

ENTREGA EN SOBRE CERRADO: SI / NO

PARA EL SUPUESTO DE EXISTIR TESTAMENTOS ANTERIORES:

* REVOVA (\_ \_ \_ \_ \_ )
* MODIFICA (\_ \_ \_ \_ \_ )
* EGREGA (\_ \_ \_ \_ \_ )

DATOS DE CELEBRACIÓN DE TESTAMENTOS ANTERIORES

TIPO DE TESTAMENTO:  
FECHA DE CELEBRACIÓN:  
OTROS DATOS:

NOTA: Se hace constar que el Colegio de Abogados de Mar del Plata no se expide ni juzga sobre la veracidad de los datos contenidos en la presente solicitud ni se pronuncia ni califica sobre la validez jurídica del instrumento que por el presente de incorpora al Registro de Instrumentos Privados. La expedición de informes sobre este instrumento queda limitada a los casos previstos en el art 9º del Reglamento de creación del Registro de Instrumentos Privados.

Presentado para su registro ante el Colegio de Abogados del Departamento Judicial de Mar del Plata, en Mar del Plata a los días del mes de de 20 siendo las hs. CONSTE.-

FIRMA DE ABOGADO REQUIRENTE FIRMA DE LA PARTE REQUIRENTE