

FORMULARIO DE REINSCRIPCION O REHABILITACION

Lugar y Fecha.....

Colegio de Distrito.....

Sr. Presidente
Consejo Profesional de Agrimensura de la Pcia. de Bs. As.
Agrim. Reinaldo Beain
SU DESPACHO

El que suscribe.....
DNI, con domicilio **real** en,
constituyendo domicilio **profesional** en
de la ciudad de se dirige a Ud. a fin de solicitar la reinscripción/cese de
la suspensión (*) de la matrícula N° de la que era/soy (*) titular.-
MOTIVO DE LA SOLICITUD: (**).....

Declaro bajo juramento no encontrarme afectado por ninguna causal de inhabilitación o incompatibilidad de origen legal o judicial.-

- 1) Fotocopia del DNI
- 2) Recibo o comprobante de pago de derecho por ejercicio profesional/recibo de pago del derecho de reinscripción en la matrícula. (***)

.....
Firma

(*) Tachar lo que no corresponda. Aún en el caso de reinscripción o readmisión, por razones prácticas, el profesional sigue siendo titular del número de matrícula que se le adjudicó originalmente.-
(**) Si el profesional no tiene la obligación de probar la desaparición de las causales que produjeron la suspensión o cancelación (art.66 ley 10321), este campo puede quedar en blanco.
(***) Según corresponda al motivo de la solicitud, el profesional deberá acompañar ambos comprobantes o solamente el correspondiente al derecho por ejercicio profesional vigente a la fecha de su solicitud.-

Recibida en la fecha con la documentación adjuntada.-

.....
Lugar, fecha firma y sello