



SOLICITUD DE IMPUTACIÓN, REIMPUTACIÓN Y DESAFECTACIÓN DE APORTES

Por la presente, solicito:

- a) Modificación de carátula. Reimputación entre profesionales. Otro: _____
 Cambio de concepto. Desafectación del aporte (Reintegro). _____

correspondiente a la boleta n° _____

b) Motivo de la solicitud (*): _____

c) Datos del Expediente: Actor: _____ Demandado: _____

Materia: _____ Radicación: _____

d) A la fecha del pago del aporte, SI/NO integraba una sociedad. En caso afirmativo, este formulario deberá contener firma y aclaración de todos los socios.

e) Acompaño a esta solicitud, el original de la Boleta de Aportes (talón para el afiliado y talón para el expediente) y copia del auto regulatorio.

(* En caso de considerarlo necesario, adjunta nota aclaratoria.

Datos del solicitante:

Apellido y nombre completo:	Tipo y número de documento: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:
Teléfono de contacto:	Dirección de correo electrónico:

En caso de corresponderme reintegro de dinero, presto consentimiento que se realice por transferencia bancaria, a la cuenta por mi declarada a través de servicion en línea.

Firma del profesional

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE ESTA INSTITUCIÓN

Documentación que acompaña:

- Original del Talón para el Afiliado de la Boleta de Aportes. Copia del auto regulatorio.
 Original del Talón para el Expediente de la Boleta de Aportes. Nota aclaratoria.

PARA DAR INGRESO A LA PRESENTE SOLICITUD, ES INDISPENSABLE LA PRESENTACIÓN
DE LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN MÁS ARRIBA DETALLADA

Certifico que la firma que antecede es auténtica y que la misma fue realizada ante mi presencia

Lugar y fecha: _____

Firma y sello