



SOLICITUD DE REGISTRACIÓN DE TESTAMENTOS OLÓGRAFOS

DATOS DEL ABOGADO REQUIRENTE

APELLIDO Y NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOC. DE IDENTIDAD: _____

DOMICILIO LEGAL: _____

INSCRIPTO AL TOMO: _____

FOLIO: _____

C.A. _____

DATOS Y REQUISITOS PARA REGISTRO DE TESTAMENTOS OLÓGRAFOS

TESTADOR APELLIDO Y NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ DE
TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____
DOMICILIO: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ DEL
NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE: _____

ALBACEA APELLIDO Y NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____
DOMICILIO REAL: _____
FIRMADO EL: _____

ENTREGA EN SOBRE CERRADO: _____ SI / NO

PARA EL SUPUESTO DE EXISTIR TESTAMENTOS ANTERIORES: _____

REVOCA: []
MODIFICA: []
AGREGA: []

DATOS DE CELEBRACIÓN DE TESTAMENTOS ANTERIORES

TIPO DE TESTAMENTO: _____
FECHA DE CELEBRACIÓN: _____
OTROS DATOS: _____

NOTA: Se hace constar que el Colegio de Abogados de San Isidro no se expide ni juzga sobre la veracidad de los datos contenidos en la presente solicitud ni verifica el contenido para el supuesto de entregarse en sobre cerrado. Tampoco se pronuncia ni califica sobre la validez jurídica del testamento o contenido del sobre cerrado que por el presente se incorpora al Registro de Instrumentos Privados. La expedición de informes sobre este testamento 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 San Isidro, en San Isidro a los días del mes de de 200..... siendo las hs. CONSTE.-

Firma de abogado requirente

Firma de la parte requirente