



**COLEGIO DE ABOGADOS
DE VILLA MARIA**

**REQUISITOS DE INSCRIPCION EN LA MATRICULA PROVINCIAL DE
ABOGADO (PERMANENTE) Ley 5805.**

1. **TITULO:** Acompañar copia **certificada por la Universidad que expide el título** en **tamaño A4**. El título debe encontrarse legalizado, debiendo dirigirse a tales efectos a la ciudad Universitaria, Baterías “D”, departamento legalizaciones si es egresado de la UNC. En caso de título expedido por Universidad Privada dirigirse a la sede de la misma.
2. **CERTIFICADO DE LA CAMARA FEDERAL:** solicitar por correo jfvillamaria.habilitacion@pjn.gov.ar Allí deberá completar un formulario nº 4 y abonar una tasa (subsuelo). Validez del certificado: tres meses desde la fecha de su expedición.-El certificado debe ser solicitado para ser presentado ante el **Colegio de Abogados de Villa María**.
3. **CERTIFICADO DEL PODER JUDICIAL DE LA PROVINCIA:** Solicitar en Tribunales I, Departamento de Personal calle Arturo M. Bas 158. Deberá brindar datos personales y abonar una tasa. Se puede solicitar por correo personalic@justiciacordoba.gob.ar. Validez del certificado: tres meses desde la fecha de su expedición.-. El certificado debe ser solicitado para ser presentado ante el **Colegio de Abogados de Villa María**.
4. **CERTIFICADO DE REINCIDENCIA:** El trámite se puede efectuar en el Ministerio de Justicia y Seguridad, sitio en Gral. Alvear 150 ciudad de Córdoba. (T.E. 0351-4341050 DE 9:00 A 18:00 hs). Para ello deberá acompañar:
4.2. Formulario de huellas dactiloscópicas (solicitar en UR 8)
4.3. Abonar arancel en Banco Nación.
4.4. Formulario de solicitud de Certificado
Validez del Certificado: Sesenta (60) días desde su expedición.

Puede solicitarlo Cyber Ultra Catamarca 1066- Villa María o página Mi Argentina.

5. **FOTOGRAFIAS:** Acompañar foto carnet.
6. **PLANILLA DE DATOS PERSONALES:** Completar planillas que **se encuentra adjuntas al final de los requisitos**.
7. **ARANCEL:** Abonar en secretaría del colegio la suma equivalentes a diez aportes colegiales.
8. **SOLICITUD DE MATRICULACION:** Solicitud de matriculación dirigida a la Sra. Presidenta del Colegio, adjuntando la documentación precedentemente mencionada, haciendo constar **domicilio legal y real**.
9. **FOTOCOPIA DE DNI**

10. ELEGIR FÓRMULA DE JURAMENTO: Incorporar por escrito la formula elegida en la ficha de datos personales.

- **POR DIOS Y POR LA PATRIA ANTE LOS SANTOS EVANGELIO**
- **POR DIOS Y POR LA PATRIA**
- **POR LA PATRIA Y EL HONOR**

11. PREMATRICULA: Art. 4 inc. 6 Ley 5805 (Ley provincial de colegiación obligatoria). El curso se dicta en la sede de la institución, en **fecha que determina el Directorio y se informa con antelación por Whatsapp, luego de presentar la documentación. Asistencia obligatoria y sin el cual no se podrá obtener la matrícula.** .

12. FECHA DE JURAMENTO: Completados los requisitos exigidos, el Colegio de Abogados designará día y hora a los fines de prestar juramento.

13. CARNET: Pasar por Foto Freddy en calle General Paz 419, para tomar foto y firma.

**NORMAS LEGALES CITADAS: LEY PROVINCIAL 5805 – LEY PROVINCIAL 10161
(Modif. Art. 4 ley 5805) Y ESTATUTOS**

ARTÍCULO 2: No podrán formar parte del Colegio de Abogados:

Inc. 2º: Los fallidos y concursados, en caso de dolo o fraude, no rehabilitados.-

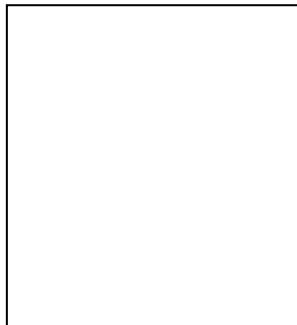
Inc. 3º: Los que hubieren sido condenados por delitos contra la propiedad, prevaricato, revelación de secretos, falsedad o falsificación, u otro delito infame y todos aquellos condenados a penas que lleven como accesoria la inhabilitación profesional, mientras subsistan las sanciones.

ARTÍCULO 3: Los funcionarios administrativos en actividad, diplomados en derecho, solo podrán ejercer la profesión de abogado cuando las leyes o reglamentos no lo prohíban.

ARTÍCULO 5: La solicitud se expondrá por cinco días en el tablero anunciador del Colegio, a objeto de que puedan formularse las observaciones y oposiciones del caso. Asimismo el Directorio podrá practicar las averiguaciones pertinentes a los fines de verificar los requisitos que exige la Ley y los Estatutos.-



COLEGIO DE ABOGADOS
DE VILLA MARIA



FICHA INDIVIDUAL

Apellido _____ Nombre _____

¿Cómo firma? _____

Nacionalidad _____ Lugar de Nacimiento _____

Fecha de Nacimiento _____

D.N.I. _____ CUIT _____

Estado Civil _____ Correo Electrónico _____

Domicilio Real _____ Localidad _____

Teléfono _____

Títulos Universitarios (nombre de universidad y fecha de otorgamiento) _____

Domicilio del Estudio _____ Localidad _____

Teléfono _____

Integrantes o socios del estudio _____

ANTECEDENTES PERSONALES (1)

Cargos que desempeña o ha desempeñado en instituciones del Estado o Particulares _____

ANTECEDENTES DE FAMILIA (2)

Apellido del padre _____ Nombre _____ ¿Vive? _____

Fecha de Nacimiento _____

Apellido de la madre _____ Nombre _____ ¿Vive? _____

Fecha de nacimiento _____

Apellido del esposo o esposa _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Hijos _____

Nombre	Edad	Domicilio	Estado

FÓRMULA DE JURAMENTO:

Villa María, _____ de 202_____

Firma: _____



COLEGIO DE ABOGADOS
DE VILLA MARIA

FECHA.....

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

COMPRETAR CON LETRA Y SIGNOS

APELLIDO Y NOMBRES.....

MATRICULA.....

DNI..... CUIL/CIUT.....

TELEFONO FIJO.....

TELEFONO CELULAR.....

DOMICILIO REAL.....

DOMICILIO LEGAL.....

LOCALIDAD..... C.P.....

CORREO ELECTRONICO.....

.....

FIRMA

**DESIGNACION BENEFICIARIO SEGURO DE VIDA Y/O SUBSIDIO POR
FALECIMIENTO- COLEGIO DE ABOGADOS DE VILLA MARIA**

A los fines de la liquidación del seguro de vida del Instituto Cooperativo de Seguro y/o subsidio de fallecimiento por parte del Colegio de Abogados de Villa María, en cuanto por derecho corresponda, el/la **Dr. /a**.....

M.P.Nº..... **DNI Nº**.....

Designa beneficiario/s a.....

.....

Vinculo.....

Villa María,.....,202.....

FIRMA:

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO
Seguros de Vida Colectivo



Nombre del Contratante:

Apellido y Nombre del Asegurado:

Fecha de Nacimiento: D.N.I:

Domicilio:

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (sin Iniciales)	TIPO Y N° DE DOC.

COBERTURA	SI/NO	CAPITAL ASEGURADO
✓ Muerte		
✓ Cláusula Adicional en caso de Muerte por accidente.		
✓		
✓		
✓		
✓		
✓		
✓		
✓		

Es Ud. zurdo? SI/NO

Indique si sufrió de enfermedad grave o incapacidad SI/NO

Indique si goza de buena salud SI/NO

En caso negativo, que enfermedad padece: SI/NO

Paralelamente se desempeña en otra/s ocupaciones SI/NO

Tiene contratado otro Seguro de Vida Colectivo en esta Compañía SI/NO

Por que Suma?

Recuerde que es requisito indispensable para poder contratar este Seguro el estar al servicio activo del Contratante a la fecha de la presente solicitud.

Resolución N° 28.268 de la Superintendencia de Seguros de la Nación y Resolución N° 90/2000 del Ministerio de Economía

Los únicos sistemas habilitados para pagar premios son los siguientes:

- A) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pago por medios electrónicos.
- B) Entidades bancarias: pago en ventanilla o débito en cuenta.
- C) Tarjeta de débito, crédito o compras.

Lugar y Fecha de Solicitud: / /

PRODUCTOR

FIRMA DEL TITULAR