



**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 n° 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 secretaria 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 matricula. .**

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.-

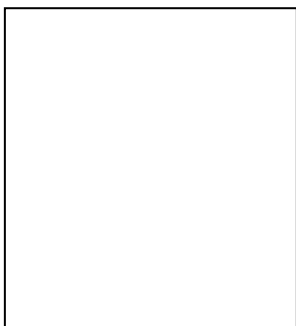
Inc. 3º: Los que hubieren sido condenados por delitos contra la propiedad, prevaricato, revelación de secretos, falsedad o falsificación, u otro delito infame y todos aquellos condenados a penas que lleven como accesoria la inhabilitación profesional, mientras subsistan las sanciones.

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/CUIT.....

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



INSTITUTO DE SEGUROS S.A.
LA SEGURIDAD DE ESTAR PROTEGIDO POR AMIGOS

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?

Indique si sufrió de enfermedad grave o incapacidad

Indique si goza de buena salud

En caso negativo, que enfermedad padece:

Paralelamente se desempeña en otra/s ocupaciones

Tiene contratado otro Seguro de Vida Colectivo en esta Compañía

Por que Suma?

Recuerde que es requisito indispensable para poder contratar este Seguro el estar al servicio activo del Contratante a la feha 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