

Fecha y número de entrada

Casillero <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>		<b>INFORME DE ANOTACIONES PERSONALES</b>					
Solicitante <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>				Operación o Motivo de la Solicitud <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>			
Carnet	Cód. Partido	Pcia.	Nro. Regist.	Tit.	Abogados u Otros Profesionales		
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	T.	F.	
				Adsc. <input type="checkbox"/>	Matrícula		

**Aclaración:** es válida la información únicamente si se encuentra acompañada del impreso computarizado que forma parte del presente.

Marcar con X el tipo de información que requiere	Cesión de Acc. y Der. Hered. <input type="checkbox"/>	Inhibición <input type="checkbox"/>
--	--	--

**PERSONA FISICA**

<input type="checkbox"/> Nro. de Ord.	Apellido	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
	Nombres	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
	Documento de Identidad	Tipo	Número	Fecha de Nacim.		
		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
	Apellido Materno	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
	Nombre Materno	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				

<input type="checkbox"/> Nro. de Ord.	Apellido	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
	Nombres	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
	Documento de Identidad	Tipo	Número	Fecha de Nacim.		
		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
	Apellido Materno	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
	Nombre Materno	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				

<input type="checkbox"/> Nro. de Ord.	Apellido	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
	Nombres	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
	Documento de Identidad	Tipo	Número	Fecha de Nacim.		
		<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
	Apellido Materno	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				
	Nombre Materno	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>				

Reposición Ley 10.295

<input type="text"/> Nro. de Ord.	Apellido	<input type="text"/>				
	Nombres	<input type="text"/>				
Documento de Identidad	Tipo	Número	Fecha de Nacim.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido Materno	<input type="text"/>					
Nombre Materno	<input type="text"/>					

<input type="text"/> Nro. de Ord.	Apellido	<input type="text"/>				
	Nombres	<input type="text"/>				
Documento de Identidad	Tipo	Número	Fecha de Nacim.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido Materno	<input type="text"/>					
Nombre Materno	<input type="text"/>					

**PERSONA JURIDICA**

<input type="text"/> Nro. de Ord.	DENOMINACION según surge de estatuto, contrato social, decreto o resolución				
	<input type="text"/>				
	Número de Inscrip.	<input type="text"/>	DOMICILIO	<input type="text"/>	
<input type="text"/> Nro. de Ord.	DENOMINACION con prescindencia de tipo societario y/o razón social				
	<input type="text"/>				
OBSERVACIONES DEL SOLICITANTE	<input type="text"/>				

Firma y sello del solicitante

**INSTRUCCIONES:**

- 1) Cuando se llenen módulos por variantes se considerará como si fuesen personas distintas.
- 2) Deberá completarse LA TOTALIDAD de los campos que componen un módulo. De desconocerse algún/nos dato/s se deberán tachar los campos respectivos.
- 3) Salvar enmiendas o raspaduras.
- 4) Cuando la información a requerir exceda la cantidad de módulos contenidos, deberá completar el Anexo, denominado formulario 10.
- 5) El campo Nro. de ORDEN se colocará en forma CORRELATIVA el número que corresponda a su ubicación en el formulario.
- 6) Cuando en impreso computarizado se indique I/I, la información se completará con copia del asiento.

**La presente solicitud se hace en dos (2) ejemplares del mismo tenor**

# ES COPIA

# 8

Casillero		Solicitante			Operación o Motivo de la Solicitud		
Carnet	Cód. Partido	Pcia.	Nro. Regist.	Tit. <input type="checkbox"/>	Abogados u Otros Profesionales		
				Adsc. <input type="checkbox"/>	T.	F.	Matrícula

**Aclaración:** es válida la información únicamente si se encuentra acompañada del impreso computarizado que forma parte del presente.

Marcar con X el tipo de información que requiere	Cesión de Acc. y Der. Hered. <input type="checkbox"/>	Inhibición <input type="checkbox"/>
--	---	-------------------------------------

## PERSONA FISICA

<input type="checkbox"/>	Apellido						
	Nombres						
Nro. de Ord.	Documento de Identidad	Tipo	Número	Fecha de Nacim.			
	Apellido Materno						
	Nombre Materno						

<input type="checkbox"/>	Apellido						
	Nombres						
Nro. de Ord.	Documento de Identidad	Tipo	Número	Fecha de Nacim.			
	Apellido Materno						
	Nombre Materno						

<input type="checkbox"/>	Apellido						
	Nombres						
Nro. de Ord.	Documento de Identidad	Tipo	Número	Fecha de Nacim.			
	Apellido Materno						
	Nombre Materno						

Reposición Ley 10.295

La presente solicitud se hace en dos (2) ejemplares del mismo tenor

# ES COPIA

<input type="checkbox"/> Nro. de Ord.	Apellido	<input type="text"/>			
	Nombres	<input type="text"/>			
	Documento de Identidad	Tipo	Número	Fecha de Nacim.	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Apellido Materno	<input type="text"/>			
	Nombre Materno	<input type="text"/>			

<input type="checkbox"/> Nro. de Ord.	Apellido	<input type="text"/>			
	Nombres	<input type="text"/>			
	Documento de Identidad	Tipo	Número	Fecha de Nacim.	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Apellido Materno	<input type="text"/>			
	Nombre Materno	<input type="text"/>			

## PERSONA JURIDICA

<input type="checkbox"/> Nro. de Ord.	DENOMINACION según surge de estatuto, contrato social, decreto o resolución		
	<input type="text"/>		

Número de Inscip.	<input type="text"/>	DOMICILIO	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	-----------	----------------------

<input type="checkbox"/> Nro. de Ord.	DENOMINACION con prescendencia de tipo societario y/o razón social		
	<input type="text"/>		

OBSERVACIONES DEL SOLICITANTE	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------

DEVOLUCION	Fecha / /	CALIFICADOR	
			FIRMA

Firma y sello del solicitante