

**FORMULARIO****SOLICITUD DE INFORME  
REGISTRO DE REVOCACIONES  
DE PODERES****DATOS DEL OTORGANTE**

Nombre y Apellido/Razón Social: \_\_\_\_\_

D.N.I./L.C. L.E./C.I. o Pasaporte/Nº: \_\_\_\_\_ CUIT Nº: \_\_\_\_\_

**DATOS DE APODERADO**

Nombre y Apellido/Razón Social: \_\_\_\_\_

D.N.I./L.C. L.E./C.I. o Pasaporte/Nº: \_\_\_\_\_ CUIT Nº : \_\_\_\_\_

**OBJETO DEL PEDIDO E INFORMACIÓN SOLICITADA****DATOS DEL PRESENTANTE**

Los datos que figuran en este formulario son correctos y surgen de la documentación que se acompaña

**APELLIDO Y NOMBRE****TIPO Y Nº DE DOCUMENTO****CARÁCTER EN QUE ACTÚA****DOMICILIO****TELEFONOS****CORREO ELECTRÓNICO**\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PRESENTANTE**

- El presente formulario deberá completarse, imprimirse y certificarse firma ante escribano público, debiendo enviarse una vez certificado en formato PDF a la casilla [registrorevocaciones@escribanosnqn.org.ar](mailto:registrorevocaciones@escribanosnqn.org.ar)
- En caso de contar el solicitante con firma digital, podrá enviarse firmado digitalmente directamente a la casilla mencionada.