



PODER JUDICIAL

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur



**REGISTRO PÚBLICO DE INCAPACIDAD Y
RESTRICCIÓN A LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS**

Sr./a Secretario/a:

A los fines de lo dispuesto por Acordada N° 21/1998 STJ-SSA y sus modificaciones informo a Usted en mi carácter de _____ que se ha iniciado juicio con los siguientes antecedentes:

(en caso de desconocerse alguno de estos datos se deberá consignar expresamente “se ignora” o “desconoce”, donde corresponda)

DATOS PERSONALES:

Apellido

Nombres

Documento N°

Tipo

Estado civil

Fecha de nacimiento

Cónyuge/Conviviente (nombre y apellido)

Nombre del Padre

Nombre y apellido de la Madre

Domicilio real

Localidad

DEL JUICIO:

Expte. N°

Carátula

Iniciado por

Fecha de iniciación

Fecha de cesación

Juzgado

Juez/a

Secretaria

Secretario/a

Asesor de incapaces

Defensor

Curador(provisorio/definitivo/apoyo) (*)

Fecha de nombramiento

Fecha de cesación

Lugar de internación

Fecha de internación / detención

Fecha de egreso

* persona que presta apoyo Art. 43 CCCN

Saludo a Ud. Atentamente

Firma y sello.....

FORMULARIO VERDE 1-1

Ushuaia de de

CERTIFICO que en el día de la fecha ha quedado inscripta la presente denuncia y que a partir de la creación del REGISTRO DE INTERNACIONES Y RESTRICCIÓN A LA CAPACIDAD DE LAS PERSONAS

.....
Consta a nombre del causante iniciado Juicio de

y existen juicios/s en los siguientes Juzgado/s

Firma y Sello