* CERTIFICADOS DE REINCIDENCIAS Y MÉDICO EN ORIGINAL O FOTOCOPIA CERTIFICADA + 1 COPIA SIMPLE.
* FOTOCOPIAS DE CERTIFICADOS DE POSGRADOS, PUBLICACIONES Y OTROS DEBEN ESTAR CERTIFICADAS POR AUX. LETRADO O SECRETARIO DE OTRA DEPENDENCIA

SAN MARTÍN

San Martín, de de

Al Sr. Secretario

del Consejo de la Magistratura De la Provincia de Buenos Aires Dr. Osvaldo Favio MARCOZZI

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de acompañar la siguiente documentación, solicitando se agregue a la postulación Nº

**(MARCAR CON X)**

|  |  |
| --- | --- |
| CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES |  |
| CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA |  |
| CAMBIO DE DOMICILIO / TELÉFONO |  |
| CERTIFICADOS DE CURSOS / SEMINARIOS / OTROS (detallar) | |
| **-** | |
| **-** | |
| **-** | |
| **-** | |

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

FIRMA: . SELLO / ACLARACIÓN: .

TIPO Y Nº. DOCUMENTO: .