SOLICITUD DE REINCORPORACIč N

Datos Personales

Apellido:		
Nombre:		
DNI:	Lugar y Fecha de Nacimiento:	
Direcci· n:		Tel®fono:
Localidad:		Provincia:
CP:	e-mail:	

Actividad Profesional/Acad®mica

Lugar de Trabajo:		
Direcci· n:		Tel®fono:
Localidad:		Provincia:
CP:	e-mail:	
Titulaci· n y/o Grado acad®mico		

Sr. Presidente de la AAFD
S/D

De mi consideraci· n:

por la presente me dirijo a Ud. a los fines de solicitar mi reincorporaci· n a la Asociaci· n Argentina de Filosof²a del Derecho en car§cter de ASOCIADA/ASOCIADO *(tachar lo que no corresponda)*. Asimismo declaro conocer y aceptar las normas estatutarias.

En _____ a _____ de _____de _____

Fdo._____