El/ La abajo firmante _____

Domiciliado (a) en _____ Calle _____ N. _____ Tel. _____

Identificado con _____ N. _____ expedida en _____

Fecha _____ en calidad de _____

(especificar su posición en la práctica; ej. Directamente interesado, apoderado etc...).

PODER

El Sr. _____ residente _____

En la calle _____ N. _____ identificado con _____ N. _____

expedida en _____ fecha _____ al fin de que

Tome visión del estado legítimo

Solicite la expedición de la copia simple con /sin archivos adjuntos

Solicite la expedición de la copia conforme con/ sin archivos adjuntos

De la siguiente práctica _____

Motivación _____

PARA ESTE FIN SE COMPROMETE A PAGAR LA EVENTUAL CANTIDAD DEBIDA

Firma por poder _____

Por autorización:

El apoderante _____ El apoderado _____

Nota importante: De conformidad con el Decreto Legislativo 196 del 30.06.03 y sucesivas modificaciones se informa que estos datos tienen una relación directa y necesaria para beneficiarse del Derecho de acceso a la práctica y se utilizarán exclusivamente para uso interno, para permitir la identificación del interesado por un periodo no superior al necesario de los fines para los que fueron recogidos y tratados.
(adjunte una fotocopia del documento de identidad del apoderante)