Resistencia, Chaco, ...........de ..................de ...........

**Directora del Registro de Actos de Última Voluntad-Testamento**

**Colegio de Escribanos de la Provincia del Chaco**

**S              /               D:**

                   Por la presente, el/la que suscribe...............................................................................; Teléfono.....................................................correo electrónico: .............................................................en carácter de:

* Quien acredite interés legítimo: …….
* Funcionario Autorizante: ......
* Depositario: ........
* Guardador: .......
* Otorgante del Acto: ........

Conforme lo acredita con......................................................................................., se dirige a Usted y por su intermedio ante quien corresponda, a efectos de solicitarle tenga bien informar sobre la existencia o no  de actos de Última Voluntad  a nombre  de ...............................................................................

                                             Se solicita a fin de: .............................................................................................................

                                             Sin otro particular, saludo atentamente.-

**FIRMA:...........................**

**ACLARACIÓN:........................................................**

**D.N.I.:............................**