



DIRECCION GENERAL DEL REGISTRO
 CIVIL Y CAPACIDAD DE LAS PERSONAS
 SANTIAGO DEL ESTERO

**SOLICITUD DE ADICION DE APELLIDO
 (ART. 64 SEGUNDA PARTE CCYCN)**

Santiago del Estero,.....de.....de 20.....

**SR. DIRECTOR DEL REGISTRO CIVIL Y
 CAPACIDAD DE LAS PERSONAS
 DE LA PCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO**

SU DESPACHO

Quien/es suscribe/n.....

.....

D.N.I. N°.....y.....

D.N.I. N°....., en carácter de padre/s interesado/s, solicito/amos la adición del apellido del otro progenitor.....en los términos del art. 64 de la Ley (CCyCN) en la partida de nacimiento de.....

Registro Civil de....., Dpto.....de la Provincia de Santiago del Estero, quedando el nombre completo del inscripto como

.....

Adjunto/amos la siguiente documentación:

- A.
- B.

En espera de una respuesta favorable, saludo/amos a Usted atentamente

 Firma del Presente
 Aclaración

 Firma del Presente
 Aclaración

La presente solicitud ingresa a esta Dirección bajo EXPTE N°.....de fecha.....en la Ciudad de Santiago del Estero.-

 Firma del Funcionario Público.