



Colegio de Arquitectos
de la Provincia de Buenos Aires
Distrito 9



DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN AL RECONOCIMIENTO ARQ. ADELA MARGARITA MARTÍNEZ

A través de la presente, yo, _____
DNI: _____ Mat. CAPBA N°: _____ (de corresponder)
declaro conocer los términos y condiciones de la Resolución CAPBA DIX N° 11/25 y manifiesto que
ACEPTO mi postulación al Reconocimiento “Arq. Adela Margarita Martínez” que otorga el Distrito
IX del CAPBA, realizada por _____ a tal fin.

Firma:

Aclaración:

DNI:

_____, ____ de _____ de 20 ____

(lugar y fecha)

SEDE DISTRICTAL

Dorrego 1657,
7600 Mar del Plata.
T. 223 473-3031
223 473-8282

 **Intitucional** 223 534 2175
 **Área técnica** 223 676 5224
 **Secretario:** secretaria@capba9.org.ar
 **Institucional:** arq@capba9.org.ar

www.capba9.org.ar

   @capba9