

## Solicitud de Cambio de Domicilio Postal

En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Sr. Responsable de Centro de Atención de ARBA:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DU (DNI / LC / LE) N° \_\_\_\_\_ CUIT/CUIL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, en mi

carácter de TITULAR / APODERADO / AUTORIZADO conforme a la documentación acompañada. Solicito que a  
(tachar lo que no corresponda)  
partir de la fecha, las próximas liquidaciones de los impuestos detallados seguidamente sean remitidas al domicilio cito en:

calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dto. \_\_\_\_\_ Torre \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Dirección de mail: \_\_\_\_\_

En relación al/los objeto/s identificado/s como:

INMOBILIARIOS		AUTOMOTORES	EMBARCACIONES
Partido	Partida	Dominio	Matrícula

El que suscribe declara que los datos consignados en este formulario son correctos y completos, sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.

Certifico que la firma que antecede fue puesta en mi presencia por el declarante.

\_\_\_\_\_  
Firma del presentante

\_\_\_\_\_  
Firma y legajo del Agente de ARBA

La firma deberá ser puesta ante un agente de ARBA  
o en su defecto certificada por autoridad competente:  
Escribano Público o Autoridad Judicial.