



Ministerio de Justicia, Seguridad
y Derechos Humanos
Registro Nacional de Reincidencia

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES

Plazo del Trámite

- 5 días hábiles
 24 horas
 8 horas

(MARCAR CON X LO QUE CORRESPONDA)

.....
LUGAR Y FECHA

Tipo de Trámite

- Personalmente Vía Correo Postal Desde el Exterior A Domicilio Por Representante Legal
 Por Mandatario con Poder ante Escribano Publico Por Mandatario con Autorización del Mandante

(MARCAR CON X LO QUE CORRESPONDA)

APELLIDO/S..... SEXO

F M

NOMBRE/S.....

DOCUMENTO TIPO..... N°..... EXPEDIDO POR.....

NACIONALIDAD del SOLICITANTE..... FECHA DE NACIMIENTO.....

NOMBRES DEL PADRE.....

APELLIDO Y NOMBRES DE LA MADRE.....

DOMICILIO: CALLE..... N°..... Piso..... Dpto.....
(DEL SOLICITANTE)

LOCALIDAD..... PROV..... C.P..... PAIS.....

PARA SER PRESENTADO ANTE.....

NOTA: La tramitación de la presente solicitud quedará sujeta a la verificación formal de todos los requisitos exigidos.

REPUBLICA ARGENTINA
REGISTRO NACIONAL DE REINCIDENCIA
LEY 22117
SISTEMA DACTILOSCOPICO ARGENTINO
FICHA INDIVIDUAL

MANO DERECHA	PULGAR	INDICE	MEDIO	ANULAR	MEÑIQUE
UNA FICHA DEFICIENTE DEMORA LA LIBERTAD O EL INFORME DEL IDENTIFICADO					
MANO IZQUIERDA	PULGAR	INDICE	MEDIO	ANULAR	MEÑIQUE

.....
SELLO DE LA
DEPENDENCIA

.....
FIRMA y SELLO
Del IDENTIFICADOR

.....
FIRMA y ACLARACIÓN
Del SOLICITANTE

Completar para recibir (sólo en Argentina) el Certificado vía correo postal.

Nombre y apellido:.....

Dirección:.....

Localidad:..... Provincia:..... Código Postal:.....

Teléfono:..... e-mail:.....

DNR
Intervino