República Argentina
PROVINCIA DEL CHUBUT
MINISTERIO DE GOBIERNO

FORMULARIO DE IMPUGNACIÓN

En _____. _____ de _____ de _____.-

Por la presente, En/La que suscribe _____

DNI N° _____, postulante al cargo

_____

_____I

Realiza la siguiente impugnación

_____

_____

_____, por las

siguientes razones:_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

…….

Firma

……

Aclaración