

Frente

Beneficio			
Ex caja	Tipo	Número	C

Actuación			
Organismo	Número	Trámite	Sec

Quien Suscribe:

Apellido/s y Nombre/s Titular		CUIT / CUIL / DNI		Sexo	Nac
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domicilio del/la Titular		Número	Piso	Depto.	C.Postal
Barrio	Localidad/ Departamento/ Municipio		Provincia		

Confiere PODER PARA PERCIBIR , a favor de:

Apellido/s y Nombre/s Representante		Cód. Repres.	N° Matrícula Prof.			
CUIT / CUIL / DNI	Sexo	Nac	Fecha Nacimiento	Fecha de Alta	Fecha de Vto.	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Parentesco	Domicilio del/la Representante: Calle		Número	Piso	Depto.	C.Postal
Barrio	Localidad/ Departamento/ Municipio		Provincia			

Para que en su nombre y representación actúe ante esta Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) dentro de los términos y limitaciones, que fija la Ley N° 17.040 (T.O. 1974), relevando a esta Administración de las consecuencias de este mandato por los actos de su Apoderado.

FIRMA DEL APODERADO

FIRMA DEL PODERANTE

Certificación de Identidad y Firmas por Autoridad Competente

CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que se indican y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia.
LEIDA y ratificada, se la otorga y firma ante mí, DOY FE.-"

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Escribano Certificante

Datos del Escribano Certificante:

CUIL:

Matrícula:

Registro:

Por Decisión Administrativa 467/2020, el presente trámite es gratuito