

Frente

Código de área

Actuación			
Organismo	Número	Trámite	Sec

Quien suscribe:

Apellido/s y nombre/s de la persona titular		DNI	
Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>		Nacionalidad argentina/o <input type="checkbox"/> extranjera/o <input type="checkbox"/>	
Domicilio de la persona titular		Número	Piso
		Dpto.	Código postal
Barrio	Localidad / Departamento / Municipio	Provincia	

Confiero PODER ESPECIAL, en el marco de la Ley 17.040 y Ley 27.705, a favor de:

Apellido/s y nombre/s o entidad representante		Código de representante	N° de matrícula profesional
DNI / CUIL	Fecha de nacimiento	Fecha de alta	Fecha de vencimiento
Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/>	Nacionalidad argentina/o <input type="checkbox"/> extranjera/o <input type="checkbox"/>	Parentesco	

Domicilio representante

Calle	Número	Piso	Depto	Código postal
Barrio	Localidad / Departamento / Municipio	Provincia		

para que realice en mi nombre todos los trámites correspondientes al amparo de lo previsto en el Capítulo III de la Ley N°27.705, reglamentado por el Decreto N° 173/2023 y para que realice las acciones necesarias para la adquisición de la UNIDAD DE CANCELACIÓN DE APORTES PREVISIONALES PARA TRABAJADORES Y TRABAJADORAS EN ACTIVIDAD previstas en el artículo 15 y siguientes de la Ley N° 27.705 y a suscribir todo lo necesario para generar las obligaciones de pago dentro del marco de la Ley citada y sus reglamentaciones.

La persona apoderada queda investida con todas las facultades inherentes a la naturaleza del mandato: presentar todo tipo de documentos, escritos, solicitudes y realizar todo acto, gestión y/o diligencia necesaria para un mejor desempeño de este mandato que confiero en forma amplia.

Firma de la persona apoderada

Firma de la persona que confiere el poder

Certificación de identidad y firmas por autoridad competente

Certifico que los datos personales informados precedentemente son copia fiel de los que se encuentran en los documentos de identidad que se indican, que tuve a la vista y que las firmas fueron realizadas en mi presencia. Leída y ratificada, se la otorga y firma ante mí, doy fe.

Lugar y fecha

Firma y sello de autoridad certificante

Lea atentamente las instrucciones al dorso - No llene los espacios en gris

**PARA EFECTUAR CUALQUIER TRÁMITE DEBERÁ PRESENTAR:**

- DNI
- De no poseer DNI, presentar constancia de DNI en trámite

**Sexo:** indicar “M” masculino, “F” femenino o “X” para otros géneros.

**Nacionalidad:** indicar “A” para argentina/o y “E” para extranjera/o.

**Domicilio:** consignar el domicilio de residencia.

**Domicilio en zona rural:** cuando el domicilio de la persona apoderada se encuentre en zona rural podrán utilizarse, sin discriminación, los espacios previstos para calle, número, piso y departamento.

**REQUISITOS A TENER EN CUENTA PARA CONCEDER PODER**

De acuerdo a lo establecido por la Ley N°17.040 (TO 1974) se puede conceder poder:

**Para TRAMITAR:**

- a cónyuge y parientes por consanguinidad hasta el 4º grado,
- a parientes por afinidad hasta 2º grado,
- abogado/a o procurador/a.

**Podrán CERTIFICAR el presente formulario:**

- autoridad previsional, judicial, policial o consular competente.
- Escribano/a, Director/a o Administrador/a de Hospital, Sanatorio o establecimiento similar en el que se encuentre internada la persona que confiere el poder.

**VALIDEZ DE CERTIFICACION:**

**Para tramitar:** 120 días a partir de la fecha de certificación.

<b>Ante cualquier duda o por cualquier consulta solicite asesoramiento a personal de ANSES</b>
--