

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, 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 y representación todos los trámites correspondientes a la solicitud de la prestación previsional al amparo de lo previsto en el Capítulo II de la Ley N° 27.705 reglamentado por el Decreto N° 173/2023 y para que formule las autorizaciones necesarias para realizar la evaluación patrimonial o socioeconómica establecida en el artículo 9° de la Ley N° 27.705, seleccione y acepte el Plan de Pagos de Deuda Previsional ofrecido por la ANSES o tome conocimiento de los motivos de la exclusión. Asimismo, autorizo a la persona o entidad representante a que, en caso de corresponder, habilite a ANSES a actuar como agente de retención de las cuotas resultantes de plan elegido, que serán descontadas de mi haber previsional.

La persona o entidad apoderada queda investida con todas las facultades inherentes a la naturaleza del mandato, encontrándose habilitado a presentar todo tipo de documentos, escritos, solicitudes y 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:

- Acreditar identidad con 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 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.

Ante cualquier duda o por cualquier consulta solicite asesoramiento a personal de ANSES