

Subgerencia Previsional				
CARTA PODER				
Expediente N° _____ Beneficio N° _____				
Quien suscribe:				
Apellido/s Nombre/s del/la Titular	Tipo y N° de Documento			Prov. Sexo Nac.
Domicilio del/la Titular:	N°	Piso	Depto.	Código Postal
Localidad:				Prov.

OTORGA PODER A DON/ÑA				Para Tramitar (*)	
Apellido/s y Nombre/s:				N° de Matricula	
Tipo y N° de Documento	Sexo	Nacionalidad	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	
Parentesco	Domicilio del/a Representante:		N°	Piso	Depto.
Código Postal	Localidad		Provincia		

Para que en su nombre y representación actué ante este **Instituto de Previsión Social de la Prov. De Misiones** dentro de los términos y limitaciones que fija la **Ley N° 3380/96**, relevando a este Instituto de las consecuencias de este mandato por los actos de su **Apoderado/a**.

Firma del/a Apoderado/a

Firma del/a Poderdante

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.

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Funcionario/a

(*) IMPRIMIR EN HOJA OFICIO

Lea atentamente las instrucciones para completar los datos

Sr/a Beneficiario/a para efectuar cualquier trámite, deberá presentar:

- ✓ Documento de Identidad: LC, LE o DNI, si es argentino o naturalizado/a; CI. O DNI, si es extranjero. -
- ✓ Ultimo recibo de haberes. -
- ✓ Carnet de beneficiario. -

REQUISITOS A TENER EN CUENTA PARA CONCEDER PODER

De acuerdo a lo establecido por la Ley N°3380 y su Dcto. Reglamentario 514/98 se podrá conceder a:

PARA TRAMITAR

- 1- Cónyuge, ascendientes, descendientes y parientes colaterales hasta el 4º grado o afinidad hasta el 2º grado inclusive.
- 2- Abogados o Procuradores. -
- 3- Los Tutores, curadores y representantes necesarios. -
- 4- Representantes Diplomáticos y Consulares, acreditados ante el Gobierno Nacional y Provincial. -
- 5- Representantes de Asociaciones Profesionales de Trabajadores con personería gremial. -
- 6- Representantes de Reparticiones, que tengan organizado servicios de gestorías para la atención de su personal en actividad o en pasividad o sus causahabientes. -

“Facultase al Instituto de Previsión Social a determinar la forma de acreditación de los presupuestos señalados en los Incisos 1) a 6)”

PODRAN CERTIFICAR EL PRESENTE FORMULARIO (*)

-Autoridad Previsional, Judicial, Policial o Consular competente. Escribano, Director o Administrador de Hospital, Sanatorio o Establecimiento similar en el que se encuentre internado el Poderdante. -

(*) Ver quién es el representante. - (*) Representantes Gremiales deberán acreditar Personería Gremial. -

VALIDEZ DE CERTIFICACION

Para Tramitar: Ciento veinte (120) días a partir de la fecha de certificación.

Para Percibir: Treinta (30) días a partir de la fecha de certificación.

PARA CUALQUIER CONSULTA SOLICITE ASESORAMIENTO AL PERSONAL DE ESTA SUBGERENCIA PREVISIONAL.