



República Argentina – Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

DIRECCIÓN NACIONAL DE ASISTENCIA DIRECTA COMPENSATORIA

D.A.D.S.E.

Declaración Jurada Mandatario

Quien suscribe:

Apellido/s y Nombre/s del/la Titular		Tipo y N° de Documento / CUIL		Prov. Emis.	
Domicilio del/la Titular: Calle		Número	Piso	Depto.	Cód. Postal
Localidad					Prov.

OTORGA PODER PARA TRAMITAR

A:

Apellido/s y Nombre/s o Entidad Representante						
Tipo y N° de Documento		Prov. Emis.		Fecha de Nacimiento		
Parentesco		Domicilio del Representante: Calle		Número	Piso	Depto.
Cód. Postal	Localidad				Provincia	

Para que en su nombre y representación actúe ante la **DIRECCIÓN NACIONAL DE ASISTENCIA DIRECTA COMPENSATORIA** dentro de los términos y limitaciones, que fije esa repartición, relevando a la Administración de las consecuencias de este mandato por los actos de su Apoderado.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA SON VERÍDICOS Y ME HAGO RESPONSABLE RESPECTO DE LA VERACIDAD DE LOS MISMOS.

Firma del Apoderado

Firma del 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 certificante

Lea atentamente las instrucciones al dorso
(* Marcar con X donde corresponda)

INSTRUCCIONES

TIPO DE DOCUMENTO	CODIGOS	ESPECIFICACIONES
Libreta de Enrolamiento	LE	Masculino
Libreta Cívica	LC	Femenino
Documento Nacional de Identidad	DU	A partir del número 10.000.000 en adelante
Documento Nacional de Identidad	LM (*)	Masculino con número inferior a 10.000.000
Documento Nacional de Identidad	LF (*)	Femenino con número inferior a 10.000.000
Documento Nacional de Identidad	DU	Para extranjeros con número superior a 90.000.000
Cédula de Identidad	CI	Sólo para extranjeros

(*) Para facilitar la identificación de estos casos se recuerda que el D.N.I presentado incluye "F" o "M" antecediendo al número de documento.

Provincia de Emisión: este dato se informará sólo si el documento a relevar es C.I consignando código de provincia según tabla:

Capital Federal CFE	Chaco	CHA	La Rioja	LRI	Río Negro	RNE	Santa Fe	SFE
Buenos Aires BAI	Chubut	CHU	La Pampa	LPA	Salta	SAL	Sgo. del Estero	SDE
Catamarca CAT	Entre Ríos	ERI	Mendoza	MEN	San Juan	SJU	T. del Fuego	TDF
Córdoba CBA	Formosa	FOR	Misiones	MIS	San Luis	SLU	Tucumán	TUC
Corrientes COR	Jujuy	JUJ	Neuquén	NEU	Santa Cruz	SCR		

Sexo: Indicar "M" masculino y "F" femenino. **Nacionalidad:** Indicar "A" para argentino y "E" para extranjero.

Estado Civil: Indicar: 1- Soltero / 2- Casado / 3- Viudo / 4- Divorciado / 5- Separado de Hecho / 6- Separado Legal / 7- Conviviente.

Domicilio: consignar código según tabla de provincia indicada.

Domicilio "Zona Rural": cuando el domicilio del Apoderado se encuentre en "Zona Rural" podrán utilizarse, sin discriminación, los espacios previstos para: Calle, Número, Piso y Departamento.

Podrán 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.

VALIDEZ DE CERTIFICACION:

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