CARTA PODER

Expediente		

Quien suscribe	

Otorga poder a:	

a los efectos de (1) PERCIBIR y /o GESTIONAR los importes que se liquiden a su favor por complementos, reajustes, reintegros o cualquier otro concepto, relevando a la Caja Complementaria de Previsión para la Actividad Docente de las consecuencias. **ESTOS DOS ITEMS DEBEN ESTAR CUMPLIMENTADOS CON LETRA Y TINTA IDÉNTICAS**

CERTIFICADO DE FIRMA DEL PODERDANTE

CERTIFICO QUE:	

CON DOMICILIO EN:		Nº		Piso			Dpto.		

LOCALIDAD		C.P.				

PROVINCIA		Tel.:										

Quien acredita su identidad con: (2) L.C - L.E. - D.N.I. - C.I. Nº .....
Expedida por ..... , ha suscripto y ratificado de conformidad ante mi en la fecha, el presente **PODER.**

Lugar y fecha **Firma Poderdante (3)** **Firma y sello del funcionario certificante**

CERTIFICADO DE FIRMA DEL APODERADO

CERTIFICO QUE:	

CON DOMICILIO EN:		Nº		Piso			Dpto.		

LOCALIDAD		C.P.				

PROVINCIA		Tel.:										

Quien acredita su identidad con: (2) L.C - L.E. - D.N.I. - C.I. Nº .....
Expedida por ..... Nacionalidad .....
Fecha de nacimiento ..... Estado civil ..... Parentesco .....
ha suscripto y ratificado de conformidad ante mi en la fecha, el presente PODER, notificándose que el mismo caducará por renovación o a la fecha de fallecimiento del beneficiario poderdante.

Lugar y fecha **Firma Apoderado (3)** **Firma y sello del funcionario certificante**

Consignar los datos requeridos con letra y tinta idénticas o a máquina.

(1) Tachar lo que no corresponda
(2) Tachar lo que no corresponda, consignado cédula de identidad **UNICAMENTE LOS EXTRANJEROS**.
(3) Las firmas del **PODERDANTE** y del **APODERADO** deberán estar certificadas por escribano, Juez de Paz, jefe de registro civil, autoridad policial, Registro Público de Comercio, director o administrador de establecimiento asistencial o personal autorizado de esta Caja.
(4) **EL APODERADO** debe adjuntar la fotocopia del documento de identidad fs. 1 y 2.
Para revocar el presente **PODER**, el titular deberá hacer por escrito ante esta Caja.
El APODERADO se deberá presentar ante la sucursal bancaria con su documento y el del **TITULAR** del beneficio del 1 al 15 de cada mes par.
El Apoderado deberá denunciar en forma inmediata el fallecimiento del titular del beneficio y no percibir el complemento sin mediar una autorización expresa por parte de esta Caja.