



## CARTA PODER PARA TRAMITAR

### Quien suscribe:

Apellido y nombre completo:	
Tipo y número de documento: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:	CUIT/CUIL
Domicilio constituido:  Localidad: C.P.:	Teléfono:

### OTORGA PODER PARA TRAMITAR a:

Apellido y nombre completo:		
Tipo y número de documento: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad:
Estado civil:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:
Domicilio constituido:  Localidad: C.P.:	Teléfono:	

Para que en su nombre y representación actúe ante esta Caja de Previsión Social para Abogados de la Provincia de Buenos Aires.

\_\_\_\_\_  
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

Podrán CERTIFICAR el presente formulario:

Directivo o funcionario de esta Caja, Directivo de los Colegios de Abogados, Policía Federal (en caso de corresponder a otra provincia, policía de dicha provincia), Juez de Paz, Escribano Público, Registro de las Personas o Director o Administrador de Hospital, Sanatorio o Establecimiento similar en el que se encuentre internado el Poderdante.