



Lugar y Fecha:

Expte. N°.....

Beneficio:

Titular/causante:

AUTORIZO a PERCIBIR las sumas que me correspondieren y cuyas órdenes de pago se emitirán a nombre de:
..... D.N.I. /M.I. N°..... en el trámite de referencia, de conformidad con el artículo 6° del Reglamento de Tramitaciones Administrativas -cuando los mandantes acrediten imposibilidad de trasladarse **(1)** o estar radicados en el extranjero **(2)**, la orden de pago podrá extenderse a nombre del apoderado-.

(1) Deberá acreditarse con certificado médico donde conste la imposibilidad de ambular y aptitud para administrar sus bienes y dirigir su persona.

(2) Deberá acreditarse con cualquier documentación que demuestre su residencia en el extranjero.

.....

Firma del Apoderado

.....

Firma del Poderdante

Aclaración:

.....

Firma certificante

Funcionario habilitado de esta Caja, Autoridad Judicial o
Escribano Público (que debe dejar constancia en el LIBRO DE INTERVENCIONES)