



CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE  
LOS AGENTES CIVILES DEL ESTADO  
LEY 13.758

**TRAMITE ABSOLUTAMENTE GRATUITO**  
**F:RP**

Tucumán 2748 - S3000CAJ SANTA FE -Tel. 0342-452-1203  
Bv. Oroño 482 - S2000DSR ROSARIO - Tel.0341-527-7600  
www.cajadeprevisionsf.org.ar  
www.cajadeprevisionsf.org.ar

## REVOCATORIA PODER

En la ciudad de..... a  
los. . . . . días del mes de . . . . . del año.....comparece ante la Caja de Previsión  
Social de los Agentes Civiles del Estado el/la Sr./Sra. . . . .  
. . . . . con domicilio en . . . . .  
. . . . .  
quien acredita su identidad con D.N.I./L.C./L.E. N° .....y dice: que revoca el poder  
conferido (el ...../ ...../.....) a .....para  
representarlo/a en el trámite de . . . . .  
Expte. N° ..... y deja sin efecto la eventual constitución de otro domicilio especial que no  
sea el arriba mencionado.

.....

Firma

Aclaración: .....

Certifico que la firma que antecede fue puesta en mi presencia.

.....

Firma certificante

Funcionario habilitado de esta Caja, Autoridad Judicial o  
Escribano Público (que debe dejar constancia en el LIBRO DE INTERVENCIONES).  
Si es de otra provincia adjuntar legalización del Colegio de Escribanos de la Jurisdicción.