



FORMULARIO DESIGNACIÓN APODERADO

Afiliado N°:

En la ciudad de , Provincia de ,
República Argentina, a los días de del año , yo
, tipo de documento N° ,
domiciliado en calle N° , de ,
teléfono , autorizo a , tipo de
documento N° , nacido/a el de del
año , de nacionalidad , de estado civil ,
de de edad, con domicilio en calle N° , de
, teléfono , para que en mi nombre y
representación cobre y perciba de la Caja de Seguridad Social para los Profesionales del
Arte de Curar de la Provincia de Santa Fe, el importe de las asignaciones que me
correspondan como de la misma.

FIRMA DEL APODERADO

FIRMA DEL TITULAR

AUTORIDAD JUDICIAL, ESCRIBANO O FUNCIONARIO DE LA CAJA