CARTA PODER

Expediente		

Quien suscribe	

Otorga poder a:	

a los efectos de PERCIBIR 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.:										
TIPO DOC		NRO									CUIL														

Quien acredita su identidad con su respectivo documento (1) ha suscripto y ratificado de conformidad ante mi en la fecha, el presente **PODER.**

.....	.....	.....
Lugar y fecha	**Firma Poderdante (2)**	**Firma y sello del funcionario certificante**

CERTIFICADO DE FIRMA DEL APODERADO

CERTIFICO QUE:																									
CON DOMICILIO EN:												Nº					Piso			Dpto.					
LOCALIDAD																C.P.									
PROVINCIA															Tel.:										
TIPO DOC		NRO									CUIL														

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 (2)**	**Firma y sello del funcionario certificante**

Consignar los datos requeridos con letra y tinta idénticas o a máquina.
(1) Señalar tipo de documento (LC, LE, DNI), consignado cédula de identidad **UNICAMENTE LOS EXTRANJEROS**.
(2) 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 establ. asistencial o personal autorizado de esta Caja.
EL APODERADO debe adjuntar la fotocopia del documento de identidad frente y dorso y constancia de CUIL.
Para revocar el presente **PODER**, el titular deberá hacerlo 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 20 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.

Caja Complementaria Docente. Alsina 875 (1087) CABA – TEL 011 4348 -2100