CARTA PODER

EXPEDIENTE N°		

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**													

DIRECCIÓN DE E-MAIL	

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