anses

Form. PS.6.304

Versión 1.1

Frente

Carta Poder
Régimen Ley N° 24.476

Actuación			
Organismo	Número	Trámite	Sec

Quien suscribe:

Apellido/s y Nombre/s del/la Titular	Tipo y N° de Documento / CUIL	Prov. Emis.	Sexo	Nac.

Domicilio del/la Titular:	Número	Piso	Depto.	Cód. Postal

Barrio	Localidad/ Departamento/ Municipio	Provincia

Confiere PODER ESPECIAL, en el marco de la Ley 17.040, a favor de:

Apellido/s y Nombre/s o Representante	Cód.Repres.	N° Matrícula Profes.

CUIT / CUIL / DNI	Sexo	Nac.	Fecha de Nacimiento	Fecha de Alta	Fecha de Vto

Parentesco	Domicilio del Representante: Calle	Número	Piso	Depto.	Cód. Postal

Barrio	Localidad/ Departamento/ Municipio	Provincia

Para que en su nombre y representación realice todos los trámites correspondientes a la adhesión al Régimen de Regularización de deudas por aportes de trabajadores autónomos, previsto por la Ley N° 24.476, formule autorización para que la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PUBLICOS brinde a la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL la información de su representado que ésta le requiera a los fines de poder efectuar la evaluación establecida en el segundo párrafo del artículo 3° de la Ley N° 26.970, reglamentado por la norma conjunta Resolución General N° 3673 (AFIP) y Resolución N° 533 (ANSES), en el marco de lo dispuesto por el artículo 20 de la Ley N° 27.260. Asimismo, podrá ser notificado por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL sobre la aptitud de su representado para adherir al régimen, así como tomar conocimiento de los motivos de la exclusión. El APODERADO queda investido de todas las facultades inherentes a la naturaleza del mandato que a título enunciativo se mencionan: presentar todo tipo de documentos, escritos, solicitudes, y todo acto, gestión y/o diligencia que resulten necesarios para un mejor desempeño de este mandato, que lo confiere en forma amplia.-

Firma del Apoderado

X

Firma del Poderante

Certificación de Identidad y Firmas por Autoridad Competente

CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que se indican y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia.

LEIDA y ratificada, se la otorga y firma ante mí, DOY FE.-"

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Funcionario Certificante

Lea atentamente las instrucciones al dorso - No llene los espacios grisados

Ministerio de Trabajo,
Empleo y Seguridad Social

Form. PS.6.304 (Dorso)

SR. BENEFICIARIO:

Para efectuar cualquier trámite, deberá presentar:

- DNI, para acreditar identidad
- En caso de no poseer DNI, deberá presentar constancia de DNI en trámite

Sexo: Indicar "M" masculino y "F" femenino. **Nacionalidad:** Indicar "A" para argentino y "E" para extranjero.

Domicilio: consignar código según tabla de provincia indicada.

Domicilio "Zona Rural": cuando el domicilio del Apoderado se encuentre en "Zona Rural" podrán utilizarse, sin discriminación, los espacios previstos para: Calle, Número, Piso y Departamento.

REQUISITOS A TENER EN CUENTA PARA CONCEDER PODER

De acuerdo a lo establecido por la Ley 17.040 (T.O. 1974) se podrá conceder a :

*** PARA TRAMITAR Y/O PERCIBIR**

- Cónyuge y parientes por consanguinidad hasta el 4° grado o por afinidad hasta 2° grado.
- Abogado o Procurador

Podrán CERTIFICAR el presente formulario:

- Autoridad Previsional, Judicial, Policial o Consular competente. Escribano, Director o Administrador de Hospital, Sanatorio o Establecimiento similar en el que se encuentre internado el Poderdante.

VALIDEZ DE CERTIFICACION:

- **Para Tramitar:** Ciento veinte (120) días a partir de la fecha de certificación.

Para cualquier consulta solicite asesoramiento al personal de esta Administración.