Ministerio de Seguridad
Secretaría de Seguridad Operativa
Caja de Retiros, Jubilaciones y Pensiones
de la Policía Federal

EXPEDIENTE N°: .....

RETIRO: .....

JUBILACIÓN: .....

PENSION: .....

CARTA PODER POR ENFERMEDAD

Quien
suscribe .....
Por el presente documento otorga el PODER a .....
..... para que proceda a percibir en su nombre y representación los importes que se liquiden a su favor por intermedio de esa CAJA DE RETIROS, JUBILACIONES Y PENSIONES DE LA POLICIA FEDERAL, por el beneficio de .....
CLASE: ..... N°: ...../....., mensual o bimestral, o por reajustes, retroactividades, o por cualquier otro concepto, ajustado a las normas y limitaciones determinadas por la ley N° 20.376 y decreto N° 4.312 del año 1.973, relevando desde ya a la citada Caja, de las consecuencias de este mandato y de los actos de su apoderado. El presente poder se otorga en razón de enfermedad del titular imposibilitado de movilizarse y por un máximo de 6 (SEIS) meses.

....
...

Firma o Impresión digito pulgar
APODERADO

Firma o Impresión digito pulgar
PODERDANTE

CERTIFICACIÓN DE FIRMA DEL PODERDANTE

CERTIFICO que
don/ña .....
Con domicilio
en .....
Quien acredita su identidad con: LE-LC-DNI o CI ..... Expedido por .....
Ha suscripto y ratificado ante mí el presente PODER para TRAMITAR ï PERCIBIR, mediante firma o impresión digito pulgar (Testar lo que no corresponda)

....
...

Lugar y fecha

Firma y sello del funcionario certificante

Form. 326 A

CERTIFICACIÓN DE FIRMA DEL APODERADO

CERTIFICO que

don/ña .....

Con domicilio

en .....

Quien acredita su identidad con: LE-LC-DNI o CI ..... Expedido por .....

Ha firmado y aceptado en la fecha y por ante mí el mandato que le fuera precedentemente conferido.

....

...

Lugar y fecha Firma y sello del funcionario certificante

Visto el poder otorgado y encontrándose el mismo en forma, de acuerdo a lo estatuido en la ley 20.376 modificada por la ley 22.540, por la presente se le acepta, teniéndose como representante de don/ña .... beneficiario de ..... CLASE: ..... N°: ...../....., a don/ña .....é con facultad de percibir sus haberes, por enfermedad del titular y por un máximo de 6 (SEIS) meses.

....

Lugar y fecha Firma y sello Director General Técnico Administrativo

El presente poder podrá otorgarse a cualquier persona hábil y por un plazo máximo de 6 (SEIS) meses. El beneficiario deberá acompañar:

- Certificado médico que acredite su imposibilidad de movilizarse y que se halla en pleno uso de sus facultades mentales. La firma del profesional deberá ser autenticada por autoridad competente Judicial-Policial-Escribano Público, debiendo constar el númerode su matrícula.
- Certificado de domicilio de apoderado (**validez 48 hs.)** y documento de identidad del apoderado.
- Carnet y documento de identidad del beneficiario poderdante.

En caso de imposibilidad física del beneficiario de concurrir a la Mesa de Entradas de la CAJA DE RETIROS JUBILACIONES Y PENSIONES DE LA POLICIA FEDERAL, las certificaciones de

identidad y firmas de poderdante y apoderado, deberán ser autenticadas por Juez de Paz, autoridad Policial o Escribano Público.

RECIBÍ EL CARNET HABILITANTE

.....

FIRMA REPRESENTANTE