



ANEXO II

POR SÍ Y EN REPRESENTACIÓN DE

1	Apellido	Nombre	
Fecha de Nacimiento		Lugar	
CUIT / CUIL / CDI	Nacionalidad	Documento de Identidad	
Vínculo con el causante		Estado Civil	Teléfono
Persona con Discapacidad			
SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	

2	Apellido	Nombre	
Fecha de Nacimiento		Lugar	
CUIT / CUIL / CDI	Nacionalidad	Documento de Identidad	
Vínculo con el causante		Estado Civil	Teléfono
Persona con Discapacidad			
SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>	

Firma y aclaración del solicitante	

Fecha	Lugar	Firma y aclaración del funcionario receptor