



Ministerio de Salud
República Argentina

DIRECCIÓN DE ASISTENCIA DIRECTA POR SITUACIONES ESPECIALES

ANEXO I Declaración Jurada Mandatario

Quien suscribe:

Apellido y Nombre: Documento de identidad:

Domicilio:

Localidad: Provincia:

Celular: Correo electrónico:

Otorga poder a:

Apellido y Nombre: Documento de identidad:

Domicilio:

Localidad: Provincia:

Celular: Correo electrónico:

Para que en su nombre y representación actúe ante la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales dentro de los términos y limitaciones, que fija la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación que aprueba el Reglamento para la Tramitación de Subsidios por Asistencia Directa por Situaciones Especiales, relevando a la Administración Pública Nacional de las consecuencias de este mandato por los actos de su Apoderado.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE DECLARACION JURADA SON VERIDICOS Y ME HAGO RESPONSABLE RESPECTO DE LA VERACIDAD DE LOS MISMOS.

Firma del apoderado

Firma del poderdante

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.

Lugar y Fecha

Firma y sello del funcionario certificante

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: Ciento veinte (120) días a partir de la fecha de certificación