



## FORMULARIO DESIGNACIÓN APODERADO

Afiliado N°:

En la ciudad de , Provincia de ,  
República Argentina, a los  días de  del año , yo  
, tipo de documento  N° ,  
domiciliado en calle  N° , de ,  
teléfono , autorizo a , tipo de  
documento  N° , nacido/a el  de  del  
año , de nacionalidad , de estado civil ,  
de  de edad, con domicilio en calle  N° , de  
, teléfono , para que en mi nombre y  
representación cobre y perciba de la Caja de Seguridad Social para los Profesionales del  
Arte de Curar de la Provincia de Santa Fe, el importe de las asignaciones que me  
correspondan como  de la misma.

-----  
FIRMA DEL APODERADO

-----  
FIRMA DEL TITULAR

-----  
AUTORIDAD JUDICIAL, ESCRIBANO O FUNCIONARIO DE LA CAJA