

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

Vigencia 11/05/22
hoja 1 de 2

SOLICITUD N°:

Fecha..... de de.....

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido/s	Nombre/s	CUIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de Nacimiento	DNI <input type="checkbox"/>	Doc.Extr. <input type="checkbox"/>	Mail (*)	Teléfono fijo	Teléfono celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio real	Localidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Código Postal	Partido	Provincia	País
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto- Ley 7647/70 - Arts. 24, 25 26 y 27) (*)

<input type="text"/>	Localidad	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estado civil (Indicarlo con una X donde corresponda)

Soltero/a Casado/a Viudo/a Conviviente Separado/a legalmente o Divorciado/a

Desde...../...../.....Acción judicial iniciada ante juzgado N°.....Secretaría.....
(Completar solo en el caso de tildar "Separado/a legalmente o Divorciado/a".)

Parentesco con el causante.....

(*)Datos obligatorios, además de los habituales, sin los cuales no se podrá continuar la carga posterior, es decir que es imprescindible se coloque un mail (aunque sea alternativo) y un domicilio constituido en Provincia de Buenos Aires.

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

2. DATOS DEL CAUSANTE

Apellido/s	Nombres
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha de Nacimiento	Fecha de Defunción	DU	CUIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio real	Localidad	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estado civil (Indicarlo con una X donde corresponda)

Soltero/a Casado/a Viudo/a Conviviente Separado/a legalmente o Divorciado/a

Desde...../...../.....Acción judicial iniciada ante juzgado N°.....Secretaría.....
(Completar solo en el caso de tildar "Separado/a legalmente o Divorciado/a".)

Llenar con los datos del APODERADO para tramitar, solo en caso de corresponder

3. DATOS DEL APODERADO

Relación: Abogado Agrega IUS Delegado Gestor Familiar hasta 4° grado de consanguinidad

Apellido/s Nombres CUIL/CUIT

DNI Doc. Extr. Mail (*) Teléfono Fijo Teléfono Celular

Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto- Ley 7647/70 - Arts. 24, 25 26 y 27) (*) Localidad Código Postal

Deberá ser llenado en todos los casos por el SOLICITANTE

4. FIRMA DEL SOLICITANTE

.....

Firma Aclaración Lugar y fecha

Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionarios del IPS

5. Certificación de identidad y firma por autoridad competente (**)

Certifico que los datos consignados en los puntos 1, 2, 3 y 5 son copia fiel del/ los obrantes en el/ los documento/s de identidad que en cada caso se indica que tuve a la vista y que la/s firma/s o impresiones digitales estampadas en el punto 5 fueron colocadas en mi presencia.

.....

Lugar y fecha Sello - firma Aclaración de firma y cargo

(**) Únicamente podrán certificar agentes del IPS destinados a tal efecto, Juez de paz, Autoridad consular competente, Escribano con registro, Autoridades nacionales, provinciales y municipales, Autoridades gremiales y Directores de hospitales y Clinicas nacionales, provinciales y municipales o privadas (debidamente certificadas por el Ministerio de salud) en los casos de internados en establecimientos bajo su dirección.