

Quien suscribe

Apellido y Nombres

Tipo y N° de documento

Sexo
F M

Domicilio

 CP

Correo electrónico

Teléfono

Otorga poder para tramitar ante las Comisiones Médicas a

Apellido y Nombres

Tipo y N° de Documento

Profesional - Matrícula

Parentesco

Domicilio

 CP

Correo electrónico

Teléfono

Firma Apoderado

Firma del Poderdante

Certificación de firmas por Autoridad Competente

Certifico que los datos personales consignados 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 Funcionario Certificante