



Solicita beneficio LEY 24.411 N° Trám. Interno

DATOS DEL FALLECIDO

Leg: CONADEP

Leg: SDH

Apellido.....

Apellido de Casada

Nombre.....

DNI/LC/LE CI.....

Fecha de nacimiento / / Estado Civil.....

Lugar de nacimiento

Fecha de Fallecimiento / /

Nombre del padre

Nombre de la madre:.....

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre:.....

.....

Vínculo:.....

DNI/LE/LC.....

Dirección

Localidad Pcia.....

Teléfono Cod.Postal ()

Constituye Domicilio:

Email:

Otros Intervinientes

Apellido y Nombre.....

.....

Dirección Profesional

Tel.:..... Matrícula.....

Poder SI- NO Agrega SI- NO

Organismo DD.HH u otro.....

.....
Firma del solicitante

