

ANEXO II

Declaración Jurada Mandatario

DIRECCIÓN DE ASISTENCIA DIRECTA POR SITUACIONES ESPECIALES



Ministerio
de Salud
República Argentina

Lugar y Fechade 20.....

Quien suscribe:

Apellido y Nombre: Documento de identidad:
con domicilio en
N°..... PisoDeptoMzaLoteCasaBarrioC.P.....
Localidad/Partido/Departamento.....Provincia.....
Teléfono/s de contacto..... Email
Destinado a la Provisión de

Designa mandatario:

Apellido y Nombre: Documento de identidad:
con domicilio en
N°..... PisoDeptoMzaLoteCasaBarrioC.P.....
Localidad/Partido/Departamento.....Provincia.....
Teléfono/s de contacto..... Email

Para que en su nombre y representación actué ante la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales.

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados en la presente.

.....
Mandatario (quien tramita)

.....
Titular o Solicitante
(Paciente menor de 18 años Firma padre, madre o tutor legal)

.....
(Firma y sello de funcionario Público)

Deberá adjuntarse fotocopia de DNI de Titular y/o solicitante y mandatario.

