

REVOCACIÓN DE PODER

CONSTE:

Que por el presente, el/la que suscribe Don/Doña _____

_____, L.E./L.C./D.N.I. N°: _____

con domicilio en: _____

titular del Expediente de referencia, REVOCA EXPRESAMENTE y en toda su amplitud el poder
para _____

ante el Instituto de Previsión Social de la Provincia de Corrientes, otorgado en fecha _____

_____ a favor del Dr./Dra. _____

_____ a partir del día de la fecha.

Para ser agregado al Expediente referenciado, se firma este documento en Corrientes a los

_____ de _____ de dos mil _____

En mi condición de Escribana Pública del INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DE LA PROVINCIA,
CERTIFICO: Que la firma/ impresión digital que antecede pertenece a Don/Doña: _____

L.E./L.C./D.N.I N° _____ y es auténtica, hecho que me consta por haber sido
puesta en mi presencia, Doy Fe.-

Corrientes, _____ de _____ de 20 _____

Firma a ruego: en razón que el/la otorgante manifiesta no poder/ no saber firmar Don/ Doña:

L.E./L.C./D.N.I. N° _____
CONSTE.-