

**ANSES**Form.  
PS.6.300**Carta Poder  
Régimen Ley N° 26.970**

Frente

Código de Area

Actuación

Organismo

Número

Trámite

Sec

**Quien suscribe:**

Apellido/s y Nombre/s del/la Titular

Tipo y N° de Documento / CUIL

Prov. Emis.

Sexo

Nac.

Domicilio del/la Titular: Calle

Número

Piso

Depto.

Cód. Postal

Barrio

Localidad/ Departamento/ Municipio

Provincia

**Confiere PODER ESPECIAL, en el marco de la Ley 17.040, a favor de:**

Apellido/s y Nombre/s o Entidad Representante

Cód.Repres.

N° Matrícula Profes.

CUIT / CUIL / DNI

Sexo

Nac.

Fecha de Nacimiento

Fecha de Alta

Fecha de Vto

Parentesco

Domicilio del Representante: Calle

Número

Piso

Depto.

Cód. Postal

Barrio

Localidad/ Departamento/ Municipio

Provincia

Para que en su nombre y representación realice todos los trámites correspondientes a la adhesión al "Régimen de Regularización de deudas por aportes de trabajadores autónomos y cotizaciones previsionales fijas de contribuyentes adheridos al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (RS)", previsto por la Ley N° 26.970, reglamentado por la norma conjunta Resolución General 3673 (AFIP) y Resolución 533 (ANSES), formule autorización para que la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL brinde a la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL la información de su representado que ésta le requiera a los fines de poder efectuar la evaluación establecida en el segundo párrafo del artículo 3° de la Ley N° 26.970. Asimismo, podrá ser notificado por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL sobre la aptitud de su representado para adherir al régimen, así como tomar conocimiento de los motivos de la exclusión. El APODERADO queda investido de todas las facultades inherentes a la naturaleza del mandato que a título enunciativo se mencionan: presentar todo tipo de documentos, escritos, solicitudes, y todo acto, gestión y/o diligencia que resulten necesarios para un mejor desempeño de este mandato, que lo confiere en forma amplia.-

Firma del Apoderado

Firma del Poderante

Certificación de Identidad y Firmas por Autoridad Competente

CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente 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.

LEIDA y ratificada, se la otorga y firma ante mí, DOY FE.-"

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Funcionario Certificante

**Lea atentamente las instrucciones al dorso - No llene los espacios grisados**