



*Ministerio de Desarrollo Social de la Nación*

## CARTA MANDATARIO

.....de ..... de 20....

El/La que suscribe .....

**(Apellido y Nombre)**

D.N.I./C.I./L.E N° ..... con domicilio en la calle .....

N° ..... Barrio .....

Código Postal ..... Localidad .....

Provincia .....

Teléfonos de contacto .....

Solicito provisión de .....

**(Especificar tipo de subsidio)**

Hospital donde se llevará a cabo .....

A los efectos que pudiera corresponder, designo mandatario al

Sr./a.....

D.N.I./L.C./L.E. N° ..... Domiciliado en .....

Código Postal ..... Localidad .....

N° Teléfono .....

OTROS TELEFONOS DE NOTIFICACIÓN .....

.....  
**Mandatario**

.....  
**Titular o Solicitante**  
**(Paciente menor de 16 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.**