

INSCRIPCIÓN DE OTORGAMIENTO Y/O REVOCATORIA DE ACTOS DE AUTOPROTECCIÓN

Escribano autorizante o denunciante.....

Domicilio profesional

Registro N° Cargo

Ciudad

OTORGAMIENTO

Escrivura N° Folio N° Fecha N°

OTORGANTE

Apellido y Nombre

Nacionalidad Fecha de nacimiento

L.C./L.E. o D.N.I. N° C.I. o Pasaporte N°.....

Estado Civil Nupcias

Domicilio

Nombre y Apellido del cónyuge Domicilio

Nombre y Apellido del padre Domicilio

Nombre y Apellido de la madre Domicilio

PERSONAS DESIGNADAS PARA CUMPLIR LA VOLUNTAD DEL OTORGANTE:

Apellido y Nombre

L.C./L.E. o D.N.I. N° C.I. o Pasaporte N°.....

Apellido y Nombre

L.C./L.E. o D.N.I. N° C.I. o Pasaporte N°.....

CURADORES

Apellido y Nombre

L.C./L.E. o D.N.I. N° C.I. o Pasaporte N°.....

Apellido y Nombre

L.C./L.E. o D.N.I. N° C.I. o Pasaporte N°.....

CONTIENE DIRECTIVAS ANTICIPADAS DE SALUD (Ley 26529, art.11)

-

(Tachar lo que no corresponda)

REVOCATORIA

Indicar, si es posible, la revocación de autoprotección

Escrivura N° Folio N° Fecha Registro N°

Escribano Jurisdicción

Inscripto con el N°

NUMERO DE INSCRIPCIÓN

ANEXO FICHA DE AUTOPROTECCIÓN

Escribano autorizante o denunciante.....

Domicilio profesional

Registro N° Cargo

Escritura N° Folio N° Fecha N°

TRANSCRIPCIÓN DIRECTIVAS SOBRE SALUD:.....

FIRMA Y SELLO DEL REGISTRADOR

**FIRMA Y SELLO DEL ESCRIBANO
AUTORIZANTE O DENUNCIANTE**

NUMERO DE
INSCRIPCIÓN

ANEXO II - SOLICITUD DE CERTIFICACIONES E INFORMES

SOLICITANTE

Apellido y Nombre

L.C./L.E. o D.N.I. N° C.I. o Pasaporte N°.....

Domicilio

DATOS DEL OTORGANTE

Apellido y Nombre

Nacionalidad Fecha de nacimiento

L.C./L.E. o D.N.I. N° C.I. o Pasaporte N°.....

Domicilio

Nombre y Apellido del padre Domicilio

Nombre y Apellido de la madre Domicilio

FIRMA DEL SOLICITANTE

LEGITIMACIÓN

RESERVADO PARA EL REGISTRO

Fecha de entrada Hora Número

FIRMA DEL RESPONSABLE

Volcado al sistema de datos: Fecha Intervino