
**INSCRIPCIÓN DE OTORGAMIENTO Y/O REVOCATORIA DE
ACTOS DE AUTOPROTECCIÓN**

Escribano autorizante o denunciante: _____

Domicilio profesional: _____

Registro N° _____ Cargo _____ Ciudad _____

OTORGAMIENTO

Escritura N° _____ Folio N° _____ Fecha _____

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)

SI

NO

REVOCATORIA

Indicar, si es posible, la revocación de autoprotección _____

Escritura N° _____ Folio N° _____ Fecha _____ Registro N° _____

Escribano _____ Jurisdicción _____

Inscripto con el N° _____

Firma y Sello del Registrador

Firma y Sello del Escribano
Autorizante o Denunciante

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**

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: _____