

**Quien suscribe**

Apellido y Nombres

Tipo y N° de documento

Sexo

F

M

Domicilio

CP

Correo electrónico

Teléfono

**Otorga poder para tramitar ante las Comisiones Médicas a**

Apellido y Nombres

Tipo y N° de Documento

Parentesco

Profesional - Matrícula

Domicilio

CP

Correo electrónico

Teléfono

x

Firma Apoderado

Firma del Poderdante

**Certificación de firmas por Autoridad Competente**

Certifico que los datos personales consignados 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.

Lugar y Fecha

Firma y sello Funcionario Certificante