

**ANEXO III**

Solicitud Informe  
**ACTOS DE AUTOPROTECCION**  
(Resolución N° 051/2010)

POSADAS, MISIONES: ...../...../.....

**DATOS OTORGANTE**

Nombre y Apellido:.....  
Tipo de documento: LC [ ] LE [ ] DNI [ ] OTROS [ ] ..... N°:.....  
Domicilio:.....

**PERSONA HABILITADA**

Nombre y Apellido:.....  
Tipo de documento: LC [ ] LE [ ] DNI [ ] OTROS [ ] ..... N°:.....  
Domicilio:.....

**DIRECTOR MEDICO / CENTRO SALUD / INSTITUCION HOSPITALARIA**

Nombre y Apellido:.....  
Tipo de documento: LC [ ] LE [ ] DNI [ ] OTROS [ ] ..... N°:.....  
Domicilio:.....

JUEZ COMPETENTE:.....

CURADOR:.....

DESPACHO INFORME

NOTARIO AUTORIZANTE:.....

REGISTRO N°:..... ASIENTO:.....

TITULAR:..... ADSCRIPTO:.....

ESCRITURA N°:..... FOLIOS:..... FECHA:.....



.....  
Sello y firma  
Director del Registro