

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