

Frente

SE DEJA CONSTANCIA QUE LA IDENTIFICACION BIOMETRICA MEDIANTE HUELLA DACTILAR SE PUEDE REALIZAR CON AL MENOS UNA HUELLA VALIDA.

LA PRESENTE SOLICITUD DE EXENCIÓN DE UTILIZACIÓN DE SISTEMAS BIOMETRICOS IMPACTA EN TODAS LAS PRESTACIONES QUE POSEA EL SOLICITANTE.

DEBERÁ PRESENTARSE OBLIGATORIAMENTE DNI ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA DEL SOLICITANTE DE LA EXENCIÓN.

Datos del Solicitante de la Exención

CUIL: _____

APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Domicilio _____

Motivo de la Exención**A. Imposibilidad Física para el Registro Biométrico**

Descripción del impedimento: _____

Desde: _____ Hasta _____

Adjunta Certificado: SI NO Fecha de Certificado: _____**Medico Certificante (a completar por el profesional médico)**MATRICULA N°: _____ NACIONAL PROVINCIAL

APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

CUIL/T: _____ Plazo de recuperación estimado: _____

Lugar y fecha _____

FIRMA Y SELLO
MEDICO CERTIFICANTE

B. Imposibilidad de Movilización/Traslado

1- Internación en Instituciones/Residencias de Adultos Mayores

Institución _____ CUIT: _____

Domicilio de Internación _____

2- Internación Medica Hospitalaria

Institución _____ CUIT: _____

Domicilio de Internación _____

3- Internación Medica Domiciliaria

Domicilio de Internación _____

4- Reposo domiciliario

Domicilio de reposo: _____

A completar por la Autoridad o Médico certificante.

Para los casos de Internación se requiere la firma del Médico y la firma y sello de una autoridad de la Institución de Internación

Descripción del impedimento: _____

Desde: _____ Hasta _____

Adjunta Certificado: SI NO Fecha de Certificado: _____

Medico Certificante (a completar por el profesional médico)

MATRICULA N°: _____ NACIONAL PROVINCIAL

APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

CUIL/T: _____ Plazo de recuperación estimado: _____

FIRMA Y SELLO MEDICO CERTIFICANTE

FIRMA Y SELLO AUTORIDAD CERTIFICANTE

C. Privación de la libertad

Organismo: _____

Domicilio de detención: _____

Tipo: Penitenciaria: Domiciliaria

Desde: _____ Hasta _____

Autoridad Certificante

APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

CUIL/T: _____ Cargo: _____

Lugar y fecha _____

FIRMA Y SELLO
MEDICO CERTIFICANTE

D. Otros Motivos

Descripción del impedimento: _____

Desde: _____ Hasta _____

Adjunta Certificado: SI NO Fecha de Certificado: _____

Medico Certificante (a completar por el profesional médico)

MATRICULA N°: _____ NACIONAL PROVINCIAL

APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

CUIL/T: _____ Plazo de recuperación estimado: _____

Lugar y fecha _____

FIRMA Y SELLO
MEDICO CERTIFICANTE

**PODER ESPECIAL PARA SOLICITUD DE EXENCION DE IDENTIFICACION BIOMETRICA
- MI HUELLA**

Completar solo en el caso que la Solicitud se realice con Apoderado

CUIL: _____

APELLIDO: _____

NOMBRE: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Domiciliado en _____

autoriza a _____

CUIL: _____ domiciliado en _____

a efectuar la tramitación de la Solicitud de Exención de Identificación Biométrica por huella dactilar referida en la Resolución DE-N N° 567/13 y 648/14 y sus modificatorias y complementarias, ante la Administración Nacional de la Seguridad Social.

Lugar y fecha _____

FIRMA Y ACLARACION
TITULAR

FIRMA Y ACLARACION
APODERADO

FIRMA Y ACLARACION
AUTORIDAD CERTIFICANTE