



## Carta poder

Dirección del Servicio de Conciliación Laboral Obligatoria  
Ley N° 24.635 – Decreto N° 1.169/96, modif. Dec. N° 1.347/099

▪ Quien suscribe:

Nombre y apellido					
Fecha de nacimiento		Nacionalidad		Estado civil	
Dirección					
Localidad				CP	

▪ Expone que da y confiere poder a favor de:

Nombre y apellido / Abogados	Tomo	Folio	Matrícula

▪ Para que en su nombre y representación intervenga/n (en forma conjunta, separada o alternativamente), en la Instancia de Conciliación Laboral Obligatoria, regulada por la Ley N° 24.635 y Decreto N° 1.169/96, en el reclamo articulado contra:

<b>Razón social o nombre y apellido</b>					
Domicilio					
Localidad				CP	
<b>Razón social o nombre y apellido</b>					
Domicilio					
Localidad				CP	
<b>Razón social o nombre y apellido</b>					
Domicilio					
Localidad				CP	



<b>Razón social o nombre y apellido</b>			
Domicilio			
Localidad		CP	
<b>Razón social o nombre y apellido</b>			
Domicilio			
Localidad		CP	

- El Objeto del Reclamo lo constituye:

--

**Certificación de identidad y firma de autoridad competente:**

Certifico que los datos personales consignados precedentemente, son fieles a los obrantes en el/los documento/s de identidad que se exhiben ante mí y que las firmas del presente formulario fueron colocadas en mi persona.

Firma del poderdante		Firma y sello del funcionario certificante
Aclaración		
Documento N°		
Lugar y fecha		