

Solicita beneficio LEY 24.411 N° Trám. Interno

DATOS DEL DESAPARECIDO

Leg: CONADEP.....

Leg: SDH.....

Cer: SDH.....

Apellido.....

Apellido de Casada.....

Nombre.....

DNI/LC/LE.....

Fecha de nacimiento / / Estado Civil.....

Fecha de desaparición / /

Lugar de nacimiento.....

Nombre del padre.....

Nombre de la madre.....

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre:.....

Vínculo:.....

DNI/LE/LC.....

Dirección.....

Localidad..... Pcia.....

Teléfono..... Cod. Postal ()

Constituye Domicilio:

Email :

Otros Intervinientes

Apellido y Nombre.....

Dirección Profesional.....

Tel.:..... Matrícula.....

Poder SI- NO Agrega SI- NO

Organismo DD.HH. u otro.....

.....
Firma del solicitante