

Ushuaia, 06 de julio de 2010

Sr. Presidente
 Concejo Deliberante
 Dn. Damián De Marco
 S _____ / _____ D _____

Lo saludamos atentamente y el motivo de la presente es para informarle sobre un problema diario y de hace mucho tiempo, el cual es por una escalera pública municipal ubicada en el paso, sobre la puerta de mi casa, la cuál no permite vivir en paz, porque se hacen juntas de gente que obviamente se ponen a tomar, insultar, faltan el respeto, tiran botellas sobre el techo de mi casa, hasta han producido roturas de vidrios de las ventanas, por favor saquen esta escalera de acá, yo llamo a la policía a veces vienen y siempre tienen una excusa para no hacerlo, el tema de la inseguridad es en todos lados!!

La gente que pasa por acá no tienen respeto, tengo una hija enferma mental y somos una pareja de edad avanzada, necesitamos tranquilidad!!!

Pagamos nuestros impuestos con gran sacrificio y hace más de 20 años que vivimos en Ushuaia, gente de trabajo que merece respeto y ser escuchada.

Se ha anunciado que donde está Radio Funcional se construirá una escuela, ante lo cual nos preguntamos cómo será nuestra situación, ya que en este momento es desesperante, estamos muy afligidos y preocupados necesitamos ser escuchados y una respuesta a la necesidad básica, paz y tranquilidad.

Esperando una solución acorde a la necesidad, saludamos a Usted muy atentamente.

OLGA MARIA MUÑOZ

DNI: 9986489

[Signature]

6: 432523

[Signature]

Diomedes ALCAUERO

D.N.I 7946060

D Karukinka Norte y Hol Hol

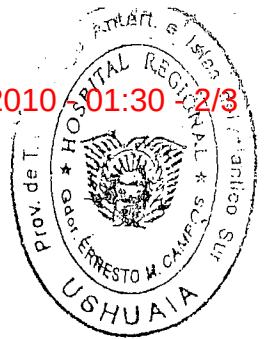
1154

CÓDIGO DE BARRAS	
FECHA DE EMISIÓN	
Fecha	06-07-10 12:35
Importe	839 2
Expte	158/2010
<i>[Signature]</i>	
<i>[Signature]</i>	



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

06/05/2010 01:30 2/3



SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Dirección de Fiscalización Sanitaria Zona 2

CERTIFICADO Nº. 1705-

ART. 3º LEY PROVINCIAL Nº 48

USHUAIA, 31 de Marzo de 2005

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: ALCUCERO GAZACIELA
DNI - LE - LO - CYNº 17592053 Edad: 39 Sexo: FEM
Fecha de nacimiento: 10/10/1965 Estado civil: SOLT
Domicilio: Localidad:
Provincia:
Causa del daño (diag. final o presuntivo) DISCOSIA DELIRANTE CRONICA

DEFICIENCIA: DEFICIENCIA GLOBAL 14.0

DISCAPACIDAD: DE LA CONCIENCIA DEL YO 10.4 DE IDENTIFICACION
12.0 - 14.9 - 15 - 20

DESVENTAJA: (DEFICIENCIA) NO ESPECIFICA

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Mínima
Prácticas			X
Intelectuales			X
Sociales			X
Deportivas			X
Observaciones:			

(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., dev. y minusv.)

Validez del certificado:

Permanente ☒ (válido por 10 años)

Temporal ☐ Válido hasta el / /

Requiere libre estacionamiento SI ☐ NO ☒

Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos SI ☐ NO ☒

Requiere vehículo adaptado SI ☐ NO ☒

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

Firma del Presidente de la Junta Médica
Dra. LILIANA E. CASEN
Médico Psiquiatra
M.N. 59.432
Firma del Presidente de la Junta Médica
Dr. J. SANTIAGO
Médico Psiquiatra
M.N. 70.432
Firma del Presidente de la Junta Médica

Firma de la Autoridad Sanitaria
Dr. ERIC R. MANRIQUE T.
Director General
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, son y serán Argentinas"

- Este certificado es único e intransferible, no podrá ser retenido por otros. Para todo trámite utilice fotocopia del presente "NO ENTREGUE EL ORIGINAL"
- En caso de extravío deberá presentar denuncia policial para obtener una constancia que lo supla.
- Este certificado es provincial con alcance nacional; para mayor información dirigirse a la comisión provincial coordinadora para la discapacidad.
- Para todo trámite o gestión que realice deberá ser presentado conjuntamente con documentación que acredite la identidad del titular.
- Este certificado tiene valor únicamente para su titular. En caso de hallarlo en la vía pública, se ruega entregarlo en la dependencia sanitaria más próxima.