

373 - 1/7



Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia

Bloque
Encuentro Popular

CONCEJO DELIBERANTE DE LA CIUDAD DE USHUAIA	
MEDIO DE CIRCULAR ADMINISTRATIVA	
ANEXO 1	
Fecha:	13/05/11 No. 1140
Numero:	373 Folios: 7
Expte. N°	SS/11
Grado	
Recibe	

NOTA N° 56/11
LETRA: B.E.P.

Ushuaia, 13 de Mayo de 2011.

Señor Presidente
Concejo Deliberante
Dn. Damián de Marco
S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente remito adjunto proyecto de ORDENANZA, solicitando estacionamiento entre discos para persona con discapacidad, a fin de que sea incorporado al Boletín de Asuntos Entrados de la próxima sesión ordinaria.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

José Luis MERDILE
CONCEJAL E.P.
CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA

FUNDAMENTOS

El Sr. Anselmo Ramos vecino de nuestra ciudad, se ha acercado a este Bloque Político nos acerca su problemática sobre la imposibilidad de estacionar frente a su domicilio para poder bajar a su mujer que se encuentra en silla de ruedas, por lo que solicita al Concejo que sancione una ordenanza para garantizarle el espacio de estacionamiento entre discos para personas con discapacidad, dando cumplimiento de esta manera a las normativas municipales, provinciales, nacionales e internacionales sobre discapacidad.


José Luis VERDILE
CONCEJAL E.P.
CONCEJO DELBERANTE USHUAIA

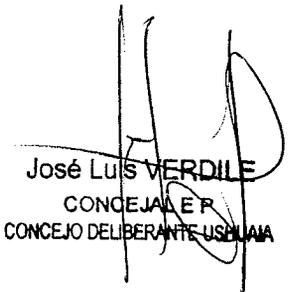
EL CONCEJO DELIBERANTE SANCIONA CON
FUERZA DE ORDENANZA

ARTÍCULO 1º.- AUTORIZAR un espacio reservado entre discos, de siete (7) metros, para el estacionamiento vehicular, sobre la acera de la Tira 10 "A" PB "D" del Barrio 640 viviendas , para el ascenso y descenso de personas con discapacidad.

ARTÍCULO 2º.- EXCEPTUAR a la Señora Beatriz María Levi, DNI N° 10.847.278 de los alcances del artículo 1, inciso o), Parte Especial Anexo II "Derechos de Oficina Tránsito, Habilitaciones y Trámites Varios", de la Ordenanza Municipal Tarifaria N° 3501.

ARTÍCULO 3º.- El Departamento Ejecutivo Municipal procederá a implantar las señales viales verticales, con la leyenda "Espacio reservado para el ascenso y descenso de persona con discapacidad"

ARTÍCULO 4º.- REGISTRAR. Pasar al Departamento Ejecutivo Municipal para su promulgación. Dar al Boletín Oficial Municipal para su publicación y ARCHIVAR.


José Luis VERDILE
CONCEJAL E P.
CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA

378-477

P. 84493

La presentación del documento nacional de identidad, expedido por el Registro Nacional de las Personas, será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad, cualquiera fuere su naturaleza y origen.

Art. 13 - Ley 17.671

1949

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DE:

~ LEVI ~
Apellidos (si es mujer el de soltera)

Beatriz María
Nombres

Clase 1952 No. 10.844.278

Sexo MUJER

(Marcar lo que no corresponda)

Impresión dígito pulgar derecho



Vertical stamp: NACIONAL DE IDENTIDAD

Firma del interesado

PARA ARGENTINOS NATURALIZADOS

Nacido/a el 30 de Mayo de 1952 en Pta. Belgrano Part. o Depto. Cnel. Rosales Provincia Jur. Nacional Nación Argentina C.I. No. Expedida por

DOMICILIO

Calle Y. de Narzo No. 450 Ciudad Punta Alta Part. o Depto. Cnel. Rosales Provincia Bs. As. Of. Secc. 258 Fecha de entrega 10-1-72

sello

Signature

Firma Jefe Of. Secc.

Naturalizado/a el de de 19.....

Certificado de ciudadanía expedido por el Juzgado.....

Secretaría No.....

sello

Firma

José Luis VERDILE
CONCEJAL E P
CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e
Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE SALUD

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha

Ushuaia, 02 de junio de 2010

Sr: Director del Hospital

Dr. Olivo

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitarle tenga a bien disponer se cumplimente el cuestionario que obra al dorso de la presente a través de la realización del reconocimiento médico, referido a:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA SOLICITANTE	
Levin Beatriz Maria	
D.N.I. N° 10.847.278	C.I. N° —
L.C. N° —	L.E. N° —
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle... <i>huanip</i> ... N° 2433	Piso... Dpto... Entre calle... y
Calle... Barrio... Localidad... <i>Ushuaia</i>	
Provincia... <i>T del Fuego</i> ... CP... <i>9410</i> ... Teléfono... <i>443-739</i>	

A los efectos de ser agregado a la solicitud de Pensión interpuesta ante el Ministerio de Desarrollo Social Provincial.

Saludo a Ud. atentamente.

Dra. Liliana Estela Moyano
MN 65092 MM 237
Directora Registro y Fiscalización Sanitaria
Ministerio de Salud

Firma y sello del Responsable

Director de Fiscalización Sanitaria



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

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

Levy, Beatriz María
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

I. indicar enfermedad causal de la disminución de la capacidad:

Secuelas de postiomielitis, HTA, DBT, Hipotiroidismo,
Distipolemia, obesidad grado II, artrosis, escoliosis

II. Tipo y grado de secuelas clínicas de la misma:

- Al presente certificado médico deberá adjuntarse
Resumen de historia clínica [X]
Exámenes de laboratorio actualizado [X]
Tratamiento Indicado [X]

III. Otras enfermedades:

(Detallar tengan o no relación con la enfermedad principal)

IV. ¿Hay incapacidad para el desempeño de sus tareas laborales habituales? Si [X] No []
V. En caso de menores, ¿hay incapacidad para el auto desenvolvimiento acorde a la edad? Si [] No []

VI. La incapacidad es:

Total [X] Parcial [] Permanente [X] Temporal [] Porcentaje estimado: 72% (de incapacidad laboral)

VII. La incapacidad es de orden predominantemente

Físico [X] Mental [] Físico y Mental []

VIII. En caso de ser una incapacidad de orden físico, ¿a qué tipo corresponde?

Motor [X] Visual []
Viseral [X] Auditivo []

IX. Si la discapacidad es mental y el solicitante tiene 21 años o más, deberá indicar si considera necesario gestionar la curatela (designación de un representante legal en caso de solicitantes alienados mentales mayores de edad)

SI [] NO []

X. ¿Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnostico de incapacidad? SI [] NO [X]

XI. ¿El tratamiento puede ser realizado en el área de residencia? SI [] NO []

XII. Tiempo estimado para una nueva evaluación:

2 años [] 5 años [] 10 años [X]

Lugar y fecha: Ushuaia, 12/06/07 de 20.....

Firma del médico actuante

Firma del médico actuante

Firma y sello del Director del Hospital

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria



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

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA ZONA 2

Certificado N°: 3629 -
Art. 3° - Ley Provincial N° 48

USHUAIA, 19 de Abril de 2007

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre/s: Levi Beasme Natalia
D.N.I. - L.C. - L.E. - C.I. N°: 10897238 Edad: 54a Sexo: F
Fecha de nacimiento: 30/5/1952 Estado civil: CASADA
Domicilio: Kuznir 2433 Localidad: Ushuaia
Provincia: TDEL PUEBLO Tel:
Causa del daño (diagnóstico final o presuntivo): Secuela Poliomielitis
Oxidad

DEFICIENCIA: 72.4 7-70-64
DISCAPACIDAD: 43 - 47.1
DESVENTAJA: 43
Vale otra
Firma de la Junta Médica
Dr. Patricio Labal
Clínica Médica
78333

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Mínima
Prácticas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Intelectuales	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sociales		<input checked="" type="checkbox"/>	
Deportivas			<input checked="" type="checkbox"/>
Observaciones:			

(Según el manual de Clasificación Internacional de Discapacidades, desventajas y minusvalías)

Validez del Certificado:

Permanente: (válido por 10 años) Temporario: Valido 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 válido para la obtención de beneficios previsionales

Dr. PATRICIO LABAL
Médico Neurólogo
M. N. 30487
Firma del Presidente de la Junta Médica

Dr. Pablo Gaudera
Clínica Médica
78333
Firma de la Autoridad Sanitaria

Dra. Liliana Estévez Moyano
M. N. 30487
Firma de la Autoridad Sanitaria
Ministerio de Salud