

Se Presidente consejo  
 Deliberante Don Juan Marco  
 Le Pido p Favor una  
 Excepción OD Municipal 2025  
 Por haber sido adjudicatario  
 de terreno en el año 1996  
 de IPV vendiendolo en el  
 2004

Soy divorciado y dispongo de  
 un ~~ter~~ dinero para edificar

gracias

STE

HUGO ANDRÉS

DNI 13840214

Cel/ 15419614

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha: 29/11/12	Hs. 11:50
Numero: 1531	Fojas: 6
Expte. N°	244/12
Girado:	
Recibido:	Fu...

IX.-PRUEBA: Que hace a nuestro derecho y consiste en:

Documental:

- Copia certificada de acta de casamiento
- Original y Copia de actas de nacimiento de las menores
- Copias de D.N.I. de las partes.

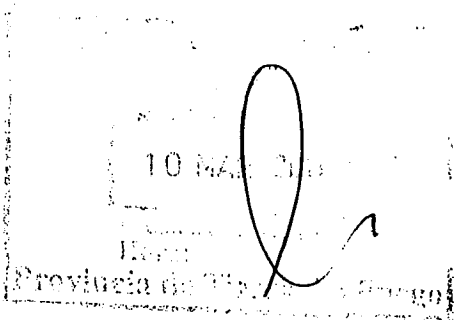
Solicitamos a S.S que se proceda a certificar por el actuario las copias que se acompañan, se agreguen en autos las mismas y se proceda a la devolución de la documentación original.

X.-PETITORIO: Por todo lo expuesto, ambas partes de V.S. solicitamos:

- 1) Nos tenga por presentados, por parte y por constituido domicilio Procesal indicado, en mérito al patrocinio letrado invocado.-
- 2) Tenga presente la prueba ofrecida y se proceda a certificar por el actuario las copias que se acompañan.
- 3) Por deducida la petición de divorcio vincular en los términos y con los alcances de los artículos 214 inc. 2 y 232 del C.C.-
- 4) Previo los trámites previstos en el C.P.C.C.L.R. y M. se digne V.S. dictar sentencia conforme el derecho invocado, homologando los acuerdos expresados supra.
- 5) Se decreten las costas en orden causado.-

Proveer de conformidad.

SERA JUSTICIA





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

as copie de  
copie

*[Signature]*  
María José Lagos Lamas  
Médica M.N. 373  
Jefa Departamento de  
Reconocimiento Médico  
Especialización Sanitaria Ushuaia

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

AUDISIO JUAN HUPO  
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

psicosis Delirante

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

Al presente certificado médico deberá adjuntarse  
Resumen de historia clínica   
Exámenes de laboratorio actualizado   
Tratamiento Indicado

III. Otras enfermedades:

(Detallar tengan o no relación con la enfermedad principal)

IV. ¿Hay incapacidad para el desempeño de sus tareas laborales habituales? Si  No

V. En caso de menores, ¿hay incapacidad para el auto desenvolvimiento acorde a la edad? Si  No

VI. La incapacidad es:

Total  Permanente   
Parcial  Temporaria

Porcentaje estimado: 70 %  
(de incapacidad laboral)

VII. La incapacidad es de orden predominantemente

Físico  Mental  Físico y Mental

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

Motor  Visual   
Viseral  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 diagnóstico de incapacidad? SI  NO

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

Lugar y fecha: Ushuaia 30 de Septiembre

de 2005.

*[Signature]*  
LIC. GLORIA E. SARION  
Psicóloga  
Firma del médico actuante

*[Signature]*  
LIC. ADRIANA SARMIENTO  
PSICOLOGA (UBA)  
M.N. 15998  
Firma del médico actuante

MULLER NO...  
Médico  
M.N. 373  
Esp. en Medicina Laboral  
Especialización Sanitaria Ushuaia

DNA. C. SAVULSKY  
M.N. 63465  
Dir. Especialización  
Sanitaria Ushuaia  
S S Ministerio de Salud

Firma y sello del Director del Hospital

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria



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

Es copia de copia

Mario José Lopez Lomas  
 Médico M.M. 373  
 Ushuaia

**CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL**

Lugar y Fecha Ushuaia 30.9.05

Sr: Director del Hospital.....

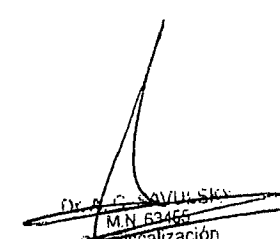
De mi mayor consideración:

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	
<u>Audisio Hugo</u>	
D.N.I. N° <u>13.840.214</u>	C.I. N° <u>—</u>
L.C. N° <u>—</u>	L.E. N° <u>—</u>
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle..... <u>T</u> N° <u>11</u> Piso <u>3</u> Dpto. <u>5</u> Entre calle. <u>—</u> y.....	
Calle.....	Barrio <u>De Gallinero</u> Localidad <u>USHUAIA</u> —
Provincia <u>T. del FUEGO</u>	CP <u>9410</u> Teléfono <u>15493658</u> —

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

Saludo a Ud. atentamente.

  
 Dr. A. C. SAVILLSKY  
 M.N. 63465  
 Director de Fiscalización Sanitaria Ushuaia  
 Ministerio de Salud

Firma y sello del Responsable  
 Director de Fiscalización Sanitaria

# 115 121

1531 - 5/7



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

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
Dirección de Fiscalización Sanitaria Zona 2

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CERTIFICADO N° 1974

ART. 3º LEY PROVINCIAL N° 48

USHUAIA, 30 de Septiembre de 2005

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: AUGUSTO HUPO  
DNI - LE - LC - CI N° 13 840 214 Edad: 46 Sexo: MASCULINO  
Fecha de nacimiento: 27 / 3 / 1960 Estado civil: CASADO  
Domicilio: MONTE Gallinero TUB 3º S Localidad: USHUAIA  
Provincia: TIERRA del Fuego  
Causa del daño (diag. final o presuntivo): Psicosis Delirante

DEFICIENCIA: 1-17.2, 1-18, 1-18.2, 1-18.4, 1-19.4, 25, 25.31, 26, 26.1, 27.0, 27.1

DISCAPACIDAD: 17.1, 17.3, 18.0, 18.1, 18.2, 18.3, 18.5, 18.8, 19

DESVENTAJA: 4.3, 4.4, 5.1, 5.3, 5.4, 6.5, 6.6

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

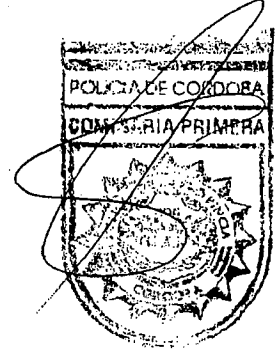
(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., dev. y minusv.)

Validez del certificado:

Permanente  (válido por 10 años) Temporario  Válido hasta el 30/09/2015

*[Handwritten Signature]*

EL FUNCIONARIO QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE  
PRIMA QUE ANTES PERTENECIA A  
Augusto Juan Hugo  
D.N.I. 13840214 Y ES LEGITI-  
POR HABER SIDO PUESTA EN SU PRESENCIA.  
CORDOBA, 22 DE Octubre DE 2008



**COPIA PARA**

**EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO  
CUMPLE LOS 16 AÑOS, EL DIA:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sello	Firma Jefe Of. Secc.
-------	----------------------

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-

Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente Ley, están obligados a comunicar en las oficinas seccionales, consulares o que se habiliten como tales, el "cambio de domicilio", dentro de los treinta días de haberse producido la novedad.


Art. 47 - Ley 17.671.

**MERCOSUR**  
**DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**  
APellidos (si es mujer el de soltera)


**AUDISIO**  
NOMBRES

Juan Hugo  
CLASE 1960 SEXO varón  
D.M.

NUMERO DE DOCUMENTO 13.840.214  
NACIONALIDAD Argentina



Impresión digital  
Buzar derecho



10620903494526

**PARA NATURALIZADOS  
ARGENTINOS**

Naturalizado/a el 27/3/60 en Vidal Rosario  
de Biosegundo Provincia: Cba  
Nación: Argentina

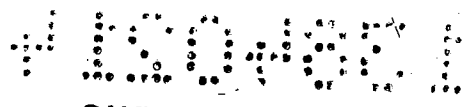
**DOMICILIO:**  
Calle: Calle Macambio No. 2568  
Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_ Monoblock: \_\_\_\_\_  
Ciudad o Pueblo: Granada Barrio: \_\_\_\_\_  
Part. o Dpto.: \_\_\_\_\_ Provincia: Ttd. Lugo  
Oficina Ident.: 1718  
Identif. el día: 27/3/60 Fecha de expiración: \_\_\_\_\_  
N° de COPIA (si corresponde): \_\_\_\_\_

Firma del interesado: [Firma]  
Firma del autorizante: \_\_\_\_\_

Sello

Firma

- 3 -



CAMBIOS DE DOMICILIO

Calle: Pasaje Italia  
 No: 268 Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_  
 Ciudad o Pueblo: Villa del Rosario  
 Part. o Dpto: Rio Segundo  
 Barrio: \_\_\_\_\_ Monoblock: \_\_\_\_\_  
 Provincia: Cordoba Of. Ident. 450  
 Fecha: 05.05.2011  
 Sello: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_  
 No: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_  
 Ciudad o Pueblo: \_\_\_\_\_  
 Part. o Dpto: \_\_\_\_\_  
 Barrio: \_\_\_\_\_ Monoblock: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Of. Ident. \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_  
 Sello: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_

CAMBIOS DE DOMICILIO

Calle: AV. PERITO MORENO  
 No: 2063 Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_  
 Ciudad o Pueblo: USHUAIA  
 Part. o Dpto: USHUAIA  
 Barrio: \_\_\_\_\_ Monoblock: \_\_\_\_\_  
 Provincia: T. DEL FUEGO Of. Ident. 1474  
 Fecha: 22/07/2011  
 Sello: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_

Calle: CASA  
 No: 32 Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_  
 Ciudad o Pueblo: USHUAIA  
 Part. o Dpto: USHUAIA  
 Barrio: 40 VICENAS Monoblock: \_\_\_\_\_  
 Provincia: T. DEL FUEGO Of. Ident. 1474  
 Fecha: 26/08/2011  
 Sello: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_