



*Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia*

**BLOQUE DEL PARTIDO JUSTICIALISTA
CONCEJAL MARIO A. LLANES**

**NOTA N° 125 /2012.-
LETRA: BPJ – M.A.LL.-**

Ushuaia, 29 de Agosto de 2012.-

Sr. Presidente
Del Concejo Deliberante
Sr. Damián De Marco
S / D

De mi mayor consideración:

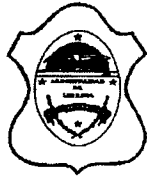
Por medio de la presente tengo el agrado de dirigirme a Usted a efectos de solicitarle la incorporación del proyecto de Ordenanza adjunto en el Boletín de asuntos entrados correspondiente a la próxima Sesión Ordinaria en virtud de los siguientes fundamentos.

El siguiente Proyecto autoriza un espacio reservado para persona con discapacidad, ello de acuerdo a lo solicitado por la vecina DIANA GARCIA DEL CERRO, DNI 24.336.736. Esta solicitud se funda en la necesidad de contar con un espacio reservado frente a su domicilio que permita el libre estacionamiento del transporte que utiliza diariamente para trasladar a su hija menor de edad quien padece una discapacidad, tal como lo certifica el reconocimiento médico que se adjunta a la presente.

En razón de lo expuesto, solicito el acompañamiento de mis pares en el presente proyecto de ordenanza.

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	30/08/12 Hs. 12:40
Numero:	955 Fojas: 6
Expte. N°	140/12
Grado:	
Recibido:	

Mario LLANES
Concejal P.J.
Concejo Deliberante Ushuaia



*Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia*

**BLOQUE DEL PARTIDO JUSTICIALISTA
CONCEJAL MARIO A. LLANES**

“2012 en memoria a las Héroeas de Malvinas”

**EL CONCEJO DELIBERANTE
DE LA CIUDAD DE USHUAIA
SANCIONA CON FUERZA DE
ORDENANZA**

ARTICULO 1º.- AUTORIZAR un espacio reservado en la vía pública de SIETE (7) metros con la leyenda “Estacionamiento reservado para persona con discapacidad”, sito en la calle Padre José M. BEAUVOIR N° 2241.

ARTICULO 2º.- INSTRUIR a la Secretaría de Desarrollo y Gestión Urbana, para que a través del área que corresponda, proceda a la implantación de las señales correspondientes.

ARTICULO 3º.- EXCEPTUAR al frentista indicado en el artículo 1º de la presente, como contribuyente del pago de la tasa mensual por espacio reservado en la vía pública, estipulado en la ordenanza tarifaria viegente, OM 3501.

ARTICULO 4º.- REGISTRAR. Pase al Departamento Ejecutivo Municipal para su promulgación, dese al Boletín Oficial Municipal para su publicación y ARCHÍVESE.

ORDENANZA MUNICIPAL N°

Mario LLANES
Concejal P.J.
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 11/01/2011*

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	
<i>García del Cerro, Guillermo</i>	
D.N.I. N° <i>48.118.520</i>	C.I. N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle <i>Gocho Flores</i> N° <i>1805</i> Piso Dpto. <i>2</i> Entre calle.....y	
Calle.....	Barrio..... Localidad <i>Ushuaia</i>
Provincia <i>Tierra del Fuego</i>	CP. <i>940</i> Teléfono <i>1541 3942</i>

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

Saludo a Ud. atentamente.



 Dr. Mariana Zajic
 Esp. en Medicina Laboral
 M. 665
 M. Laboral 6543
Firma y sello de Responsable
Director de Fiscalización Sanitaria


Mario LLANES
 Concej. P.J.
 Concejo Deliberante Ushuaia



EL PRESENTE CARRICE DE VALIDACION ESTAMPILLA ORIGINAL

"1991-2011. Vigésimo aniversario de la Jura de la Comandancia Provincial"

**POLICIA DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO ANTARTIDA ARGENTINA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR
REPUBLICA ARGENTINA**

CERTIFICADO DE DOMICILIO Nro. 2505 /2011-C.U. 1° "A".-

En la Comisaría Primera Ushuaia, Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur,

CERTIFICA QUE: GARCIA DEL CERRO, DIANA

DNI N° 24.336.736, de nacionalidad Argentina nacido/a el 29/11/1974, en

la provincia de BS.AS, estado civil SOLTERA de 36 años de edad, de

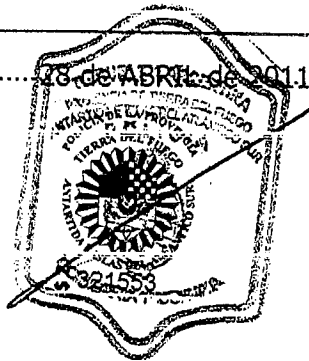
ocupación DOCENTE, donde consta domicilio en

PADRE JOSE M. BEAUVOIR N° 2241, de

esta ciudad de Ushuaia. Se expide el presente certificado a pedido del Interesado y para ser

presentado ante: MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL DE GOBIERNO

COMISARÍA PRIMERA USHUAIA: 28 de ABRIL de 2011.



[Handwritten Signature]
Sgto. I.T.B. Diego JEREZ
Policia de Tierra del Fuego

[Handwritten Signature]

Mario LLANES
Concejal P.J.
Concejo Deliberante Ushuaia



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

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

SUBSECRETARIA DE SALUD COMUNITARIA
Dirección de Fiscalización Sanitaria - Ushuaia

[Signature]
Dra. Luciana Renata Strazza
Médico Cirujano
M.N. - 787

CERTIFICADO N° 3189

ART. 3° LEY PROVINCIAL N° 48

Ushuaia, 10 de MARZO de 2020

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre: Godoy GARCIA DEL CORRAL PULLORUMMA
 DNI - LE - LC - CI N°: 48.118.320 Edad: 20 años y 7 meses Sexo: FEM
 Fecha de nacimiento: 15/107/2007 Estado Civil: DOCTERA
 Domicilio: BO. LA FLORENTINA 1865 - 1100 2 Localidad: USHUAIA
 Provincia: TIERRA DEL FUEGO
 Causa del daño (diag. final o presuntivo): HEMIPLEGIA CONSECUTIVA DE MANOS

DEFICIENCIA: 7/762

DISCAPACIDAD: 6/60-61/62-66

DESVENTAJA: 2/3

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., desv. y minusv.)

Validez del certificado:

Permanente (válido por 10 años)

Temporario Válido hasta el 10/03/2020

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 PAR LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

[Signature]
Miguel Ángel
M.N. - 74225

Firma del Presidente de la Junta Médica

[Signature]
Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 9380 M.M. 565
M. Laboral 6545

Firma de la Autoridad 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:

GODOY GARCIA DEL CORRAL SUSANA
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

HEMIPLEGIA LONGITUDINAL DE MANO

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

DESTREZA MANUAL

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	<input checked="" type="checkbox"/>	Permanente	<input checked="" type="checkbox"/>	Porcentaje estimado:	—	%
Parcial	<input type="checkbox"/>	Temporaria	<input type="checkbox"/>	(de incapacidad laboral)		

VII. La incapacidad es de orden predominantemente

Físico	<input checked="" type="checkbox"/>	Mental	<input type="checkbox"/>	Físico y Mental	<input type="checkbox"/>
--------	-------------------------------------	--------	--------------------------	-----------------	--------------------------

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

Motor	<input checked="" type="checkbox"/>	Visual	<input type="checkbox"/>
Viseral	<input type="checkbox"/>	Auditivo	<input type="checkbox"/>

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, 11 de Enero de 2011...

Firma del médico actuante

Firma del médico actuante

Firma y sello del Director del Hospital

Firma y sello de Fiscalización Sanitaria

Mario LLANES