

Ushuaia 26 de septiembre de 2013

Al Sr. Presidente del Concejo Deliberante

Sr. DE MARCO, DAMIÁN

La que suscribe ROJAS, Estrella DNI N° 18.810.753, Le solicita a Ud., los Carteles de PROHIBIDO ESTACIONAR SOLO PARA DISCAPACITADOS, dicho pedido le hago porque desde hace un tiempo no se respeta en mi domicilio particular MARCO ZAR SUR N° 392, el estacionamiento, le Adjunto mi Certificado de Discapacidad.

A la espera de una respuesta favorable, saludo atentamente.

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
SECRETARÍA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
DOCUMENTOS INGRESADOS	
Fecha:	26/09/13 Hs. 10:41
Número:	1217 Fojas: 4
Expto. N°	202/2013
Grado:	
Recibido:	<i>[Firma]</i>

*Estrella Rojas*  
ROJAS, Estrella  
DNI N° 18.810.753

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO CUMPLE LOS 16 AÑOS, EL DÍA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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.

78919

MERCOSUR  
COMUNIDAD NACIONAL DE IDENTIDAD  
(para el hombre y la mujer, el de soltera)

ESTRELLA DE LOS  
NOMBRES  
ESTRELLA DE LOS  
CLASE  
Mercedes  
SEXO  
Mujer  
D.M.

NUMERO DE DOCUMENTO  
18810753  
NACIONALIDAD  
Argentina

1195000342107

Impresión digna  
papel - carbón

Nacido/a el 3.19.61 en Champa, Provincia: Santiago

Part. o Dpto.: Chile

Nación: Chile

DOMICILIO: No. 392

Calle: Marcos Zor Sur

Piso: Dpto. Ushuaia

Ciudad o Pueblo: Ushuaia

Barrio: Barrio

Provincia: Tierra del Fuego

Part. o Dpto.: Tierra del Fuego

Oficina Ident.: 17/7

Identif. el día: 26.7.00 Fecha de expiración: 1/1/11

Nº de CUIT o CUIL (si corresponde):

ESTRELLA DE LOS  
Firma del interesado

MONICA PERINA  
Jefa Of. Secc. Ident. Reg. Civil Ushuaia

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Naturalizado/a el 12 de Noviembre de 1999

Certificado de ciudadanía expedido por el Juzgado Fed. de Ushuaia

Tierra del Fuego

REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
LEY 17671

Sello

MARTIN EDUARDO JAVIER CASTELLAN  
Firma autorizada - Anexo  
Resolución RNP Nº 479/97

Firma

- 3 -



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

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN SANITARIA ZONA 2

*Marisa E. Macchia*  
Jefa División Discapacitados  
Ley 48 - Dirección Fiscalización  
Ushuaia - M.S.

16 OCT. 2008

Certificado N°: 2371 -  
Art. 3° - Ley Provincial N° 48

USHUAIA, 23 de Agosto de 2006.

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Apellido y Nombre/s: Rojas Estrella  
D.N.I. - L.C. - L.E. - C.I. N°: 18.810.753 Edad: 44 Sexo: Femenino  
Fecha de nacimiento: 03 / 10 / 1961 Estado civil: Soltera  
Domicilio: MARCO SOR SUR 392 Localidad: USHUAIA  
Provincia: Tierra del Fuego Tel.: 429807  
Causa del daño (diagnóstico final o presuntivo): Espondilitis L5-S1;  
Espondilosis L5, secuelas de C-7-por, reintroducción de  
la columna lumbar sacra, secuelas de patología en codo de  
DEFICIENCIA: 7.71 - 7.79

DISCAPACIDAD: 70.51 - 70.53 - 71.3 - 71.5 - 71.93

DESVENTAJA: 4.41 - 4.42 - 4.44 - 5.51 - 5.52;  
5.55; 5.56; 6.69; 6.5

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Mínima
Prácticas		X	
Intelectuales	X		
Sociales	X		
Deportivas			X
Observaciones: <u>con descompensación</u>	Dra. Susana Zajic Esp. en Medicina Laboral M.N. 93840 - M.M. 565 M. Laboral 6545		15 OCT. 2008

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

Validez del Certificado:

Permanente:  (válido por 10 años)      Temporario:  Valido hasta el: 23/08/201  
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**

Dra. Susana Zajic  
Esp. en Medicina Laboral  
M.N. 93840 - M.M. 565  
M. Laboral 6545

DR. ADRIAN BOLA  
TRAUMATOLOGIA  
M.N. 100757

GOMEZ JUAN LUIS  
MEDICO  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
M.M. 553 - M.N. 105979

Firma del Presidente de la Junta Médica

Firma de la Autoridad Sanitaria

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

*Moyano*



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

*Marisa E. Macchia*  
Jefa División Discapacidad  
Ley 48 - Dirección Fiscalización  
Ushuaia - M.S.

16 OCT. 2008

## CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha.....

Sr: Director del Hospital..... *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	
<i>ROJAS SILVA Estrella de las Mercedes</i>	
D.N.I. N° <i>18.810.753</i>	C.I. N° <i>-</i>
L.C. N° <i>-</i>	L.E. N° <i>-</i>
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle <i>1771</i> N° <i>382</i> Piso <i>-</i> Dpto. <i>-</i> Entre calle <i>-</i> y <i>-</i>	
Calle <i>-</i> Barrio <i>Bosquecito</i> Localidad <i>2154</i>	
Provincia <i>T del Fuego</i> CP <i>8410</i> Teléfono <i>424807</i>	

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

Saludo a Ud. atentamente.

*Liliana Moyano*  
Dra. Liliana Moyano  
MN 65002 MM 237  
Directora Fiscalización  
Sanitaria  
Ministerio de Salud

.....  
Firma y sello del Responsable  
Director de Fiscalización Sanitaria



*[Signature]*  
Jefe División Fiscalización  
Ley 48 - Dirección Fiscalización  
Ushuaia - M.S.

16 OCT. 2008

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

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

*Rojas Estrella*  
.....  
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

*Esp. de la lesión L5-S1, secuelas de cirugía  
de tendos de poleas Lumbosacra*  
.....

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
- Parcial
- Permanente
- Temporaria

Porcentaje estimado: *66* %  
(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
- Viseral
- Visual
- 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

XI. ¿El tratamiento puede ser realizado en el área de residencia? SI

XII. Tiempo estimado para una nueva evaluación:

- 2 años
- 5 años
- 10 años

Lugar y fecha: *18 de Septiembre del 2006*

de 20..... *18/09/2006*

*[Signature]*  
.....  
Firma del médico actuante  
Dra. Susana Zajic  
Esp. en Medicina Laboral  
M.N. 93840 M.M. 565  
M. Laboral 6545

Dra. Susana Zajic  
Esp. en Medicina Laboral  
M.N. 93840 M.M. 565  
M. Laboral 6545  
Firma del médico actuante

Firma y sello del Director del Hospital

*[Signature]*  
.....  
Firma y sello del Fiscalización Sanitaria  
Dra. Lilianna Moyano  
M.N. 65092 M.M. 237  
Directora Fiscalización  
Ministerio de Salud