

Ushuaia, 31 de octubre de 2013

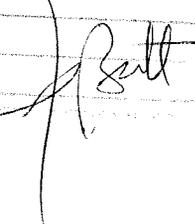
Sr. Presidente del concejo deliberante Damián de Marco:

Me dirijo a usted a fin de solicitarle la aprobación para la colocación de carteles de "EXCLUSIVO PERSONA CON DISCAPACIDAD" en mi domicilio sito en INTENDENTE TORELLI Nº 1011, ya que mi hijo, MENESES TRUJILLO JUAN CARLOS, DNI 92.676.995 , padece de parálisis cerebral total.

Debido a que existen dos talleres mecánicos linderos, cuyos autos son estacionados durante días en dicha vereda, me veo en la obligación de realizar esta petición, ya que se nos dificulta el traslado hacia sus controles médicos rutinarios y demás.

Sin otro particular saludo atentamente, a la espera de una respuesta favorable, y agradeciendo el tiempo prestado.

SECRETARÍA DE ENTRADA LEGISLATIVA  
ASUNTOS INGRESADOS

31/10/13	Hojas: 13/54
1384	Folios: 3
	



Gregoria Trujillo Albarez

18.741.884

1555-1528

Adjunto copias de DNI y certificado de discapacidad

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 este Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad, cualquiera fuere su naturaleza y origen.

Art. 13 - Decreto Ley 17.671

**PARA MENORES DE 16 AÑOS**

ESTE DOCUMENTO DEBE SER ACTUALIZADO ANTES DE LOS SEIS MESES DE CUMPLIR LOS OCHO AÑOS Y RENOVADO AL CUMPLIR LOS DIECISEIS AÑOS.

**DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DE:**

*MENESES-TRAJILLO*  
Apellidos, (si es mujer el de soltera)

*Juan Carlos*  
Nombres

Clase *1974* N° *92676995*

Sexo  VARON  MUJER

(tachar lo que no corresponda)  
Nacido/a el *14* de *Setiembre* de 19 *74* en *Cliza*

Part. o Depto. *Cochabamba*

Prov. *Torden*

Nación *Bolivia*

Doc. del denunciante

N° de documento

*Quentin Menezes*  
Firma denunciante o identificado

00000000

Nacionalidad *Boliviana*

Nac. adquirida

Pasaporte o Doc. y N° *Partida de*  
*Nacimiento*

Categoría de ingreso  TEMP.  PERM.  
(tachar lo que no corresponda)

Entró al país el *182*

Fecha de vencimiento *1-1-1*

Fecha radicación *19.12.84*

Expediente N° *710473-4/84*

Resolución N° *02753*

Este documento sin actualización será válido

hasta el de

de 19

00000000

**DOMICILIO**

Calle *Kuznig*

N° *1106*

Ciudad *Ushuaia*

Part. o Depto.

Provincia *T.N. Tierra del Fuego A.e*

Of. Secc. *1977*

Fecha *20.8.85*



*SAVINO*  
FIRMA JEFE OF. SECC.

OFICIO IDENTIFICACION

**PROBEGAS DE PERMANENCIA**

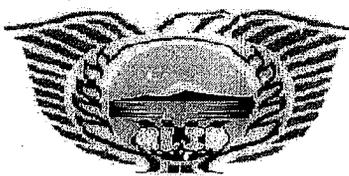
Fecha de vencimiento *17671*

Of. Secc.

Fecha

sello

Firma Jefe Of. Secc.



PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO, ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR.

CERTIFICADO N°: ARG-02-00092676995-20110419-20140419-FGO-285

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: MENESES TRUJILLO, JUAN CARLOS  
 TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - M - 92676995 N° CUIT/CUIL: ----- F/NACIMIENTO: 14/9/1974

**DIAGNOSTICO:** Parálisis cerebral espástica

**DIAGNOSTICO FUNCIONAL:**  
 FUNCIONES CORPORALES: b117.4 b167.4 b530.3 b620.4 b730.4 b735.4

**ESTRUCTURAS CORPORALES:** s110.478 s730.363 s750.363 s7600.360

**ACTIVIDAD / PARTICIPACION:** d310.34 d330.44 d410.44 d450.44 d460.44 d530.44

**FACTORES AMBIENTALES:** e310 +4 e1101 +3 e1151 +4 e5502 +4 e5801 +2

**ORIENTACION PRESTACIONAL:**  
 REHABILITACION TRANSPORTE

**VENCIMIENTO:**  
**El presente certificado tiene validez hasta el: 19/4/2014**  
 El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laborativa.

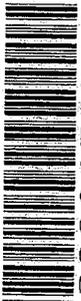
**ACOMPANANTE:**  
 "En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra al acompañante."  
 Acompañante: SI

**LUGAR Y FECHA DE EMISION:**  
 Lugar: Ushuaia Fecha emisión: 26/4/2011

**EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:**  
 Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
TIMINO Miguel Angel <i>[Firma]</i> Lic. TIMINO Miguel Angel Fechante - M.R.U. M.N. 74425 Firma y sello	FEIJOO Claudia <i>[Firma]</i> Lic. CLAUDIA FEIJOO Fechante - M.R.U. M.N. 74425 Firma y sello	RUBIO Elena <i>[Firma]</i> Lic. Rubio Elena P. Asistente Social M.P. 072 Firma y sello

Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página WEB: [www.discapacidad.gov.ar](http://www.discapacidad.gov.ar)



<p>00101507-2                  CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD                  Ley N° 22.431</p>	<p>CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD</p>		<p>3880474356</p>
	NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ARG-02-00092676995-20110419-20140419-FGO-285		
APELLIDO MENESES TRUJILLO NOMBRES JUAN CARLOS D.N.I. - M - 92676995 TIPO/NRO DOCUMENTO 14/09/1974 FECHA NACIMIENTO Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia EMITIDO POR	FECHA EMISION 26/4/2011 FECHA VTO 19/4/2014 PROFESIONAL TIMINO Miguel Angel <i>[Firma]</i> Lic. TIMINO Miguel Angel Fechante - M.R.U. M.N. 74425	FECHA VTO 19/4/2014 PROFESIONAL FEIJOO Claudia <i>[Firma]</i> Lic. CLAUDIA FEIJOO Fechante - M.R.U. M.N. 74425	ACOMPAÑANTE SI PROFESIONAL RUBIO Elena <i>[Firma]</i> Lic. Rubio Elena P. Asistente Social M.P. 072