

USHUAIA 12/NOVIEMBRE/2013

Se: PRESIDENTE CONSEJO DELIBERANTE DAMIAN DE MARCO

Solicito tenga a bien colocar los carteles de
Espacio Exclusivo Frente a mi domicilio para
Persona con Discapacidad.

Así mismo solicito LA EXIMCIÓN DE PATENTE DE MI VEHICULO EN LA MUNICIPALIDAD DE USHUAIA.

todo ello en razón del ART. 17 INS. 2º DECRETO
1313/93 DEL SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIONES
OFICINA DE AUTOMOTORES. C.A.B.A...

Saludo muy ATTE.

KOSCIUSKO JORGE JEAN

12 DE OCTUBRE 1335

USHUAIA

DOI. 11.439.734

Tierra del Fuego.

A.e. 443654

REL. 15496468. -

GOBIERNO DE LA REPUBLICA DOMINICANA
MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS
DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION TRIBUTARIA
RECEIBO DE PAGOS

Fecha: 12/11/2013 Hora: 13:17

Número: 1412 Folios: 4

Expte. N° _____

Girado: _____

Recibido: _____

[Firma manuscrita]

PRESENTO SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

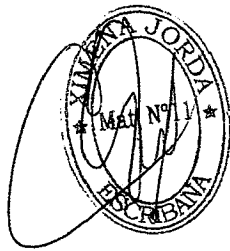
- 1) FOTOCOPIA D.N.I.
- 2) CERTIFICADO AUTENTICADO DE DISCAPACIDAD

TIDARG11439734<2<<<<<<<<<<<<<<<<<
5509025W2611147ARG<<<<<<<<<<<<<<<<<
KOSCIUK<<<JORGE<JUAN<<<<<<<<<<<<<<<





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



SUBSECRETARIA DE SALUD COMUNITARIA
Dirección de Fiscalización Sanitaria - Ushuaia

CERTIFICADO N° 3385

ART. 3° LEY PROVINCIAL N° 48

Ushuaia, 05 de noviembre de 2010

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre: Loscruk, Jorge
DNI - LE - LC - CI N°: 11.439.734
Fecha de nacimiento: 02/10/55 Edad: 55 años Sexo: masc
Domicilio: 12 octubre 1335 Estado Civil: casado
Provincia: Tierra del Fuego Localidad: Ushuaia
Causa del daño (diag. final o presuntivo): displasia hepática

DEFICIENCIA: 6.62

DISCAPACIDAD: 7.70.4 / 7.70.5 / 7.70.6

DESVENTAJA: —

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 35/11/2020

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

Firma del Presidente de la Junta Médica

FABIAN D. SINIGAGLIA
MEDICO
M.M.165

Maria José Lagos Lamas
Médica M.M. 373
Jefa Departamento de
Reconocimientos Médicos
Fiscalización Sanitaria Ushuaia
Firma de la Autoridad Sanitaria

- Este certificado es único e intransferible, no podrá ser retenido por otros. Para todo trámite utilice fotocopia del presente "NO ENTREGUE EL ORIGINAL"
- En caso de extravío deberá presentar denuncia policial para obtener una constancia que lo supla.
- Este certificado es provincial con alcance nacional; para mayor información dirigirse a la comisión provincial coordinadora para la discapacidad.
- Para todo trámite o gestión que realice deberá ser presentado conjuntamente con documentación que acredite la identidad del titular.
- Este certificado tiene valor unicamente para su titular. En caso de hallarlo en la vía pública, se ruega entregarlo en la dependencia sanitaria más próxima.

FOTOCOPIA CERTIFICADA SELLO ACTUACION NOTARIAL ESCRIBANA Nº 11
CONSTE. - Ushuaia 26 de Agosto DE 2013





ACTUACION NOTARIAL
LEY 285



E 00097160

En mi carácter de Escribano Interinamente a cargo del Registro Notarial N°2 de la Provincia.-

CERTIFICO que el documento adjunto, extendido en una foja/s, que sello y rubrico, es/son COPIA/S FIEL de su original, que tuve a la vista, doy fe.

USHUAIA, 26 de Agosto de 2013.-

