



Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia

AREA DE DEBATE
Comisión de Policía Municipal

8-3-13 16:40
193 01

Doolan

DICTAMEN FINAL DE
COMISIÓN PERMANENTE DE
POLICÍA MUNICIPAL

PRESIDENTE: Walter VUOTO
VOCAL: Silvio BOCCHICCHIO
VOCAL: Oscar RUBINOS
VOCAL: Luis CARDENAS
VOCAL: Mario LLANES
VOCAL: Damián DE MARCO

FECHA REUNIÓN DE COMISIÓN: 07 de Marzo de 2013.-

ASUNTOS Nº: 993/11; 943/11; 1165/12; 906/11; 896/11; 845/11; 843/11; 480/11;
444/11; 374/11; 289/11; 37/11; 1593/10; 1570/10; 1503/10; 994/10; 765/10;
595/10; 427/10; 246/10; 231/10; 225/10; 162/10; 161/10; 1238/09; 978/09;
961/09; 929/09; 921/09; 764/09; 749/09; 722/09; 709/09; 698/09; 689/09;
675/09; 647/09; 493/09; 448/09; 441/09; 433/09; 418/09; 406/09; 227/09;
212/09; 75/09; 1185/08; 570/09; 838/09; 906/09; 982/09; 1230/09; 33/10;
225/10; 1465/10; 44/11; 843/11; 845/11; 1053/11 y 116/12.-

SEÑORES/RAS. CONCEJALES:

Vuestra Comisión Permanente de Policía Municipal, luego de haber analizado los asuntos correspondientes aconseja remitir los asuntos al ARCHIVO.-

mpb

SUSCRIBEN EL PRESENTE: Según Acta Nº 01/13.-

Concejal Walter VUOTO
Concejal Silvio BOCCHICCHIO
Concejal Oscar RUBINOS
Concejal Luis CARDENAS
Concejal Mario LLANES

Concejal Walter Vuoto
Presidente
Comisión Policía Municipal

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Viviana DOOLAN
Res. Coordinación Parlamentaria
CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA

USHUAIA, 19 de marzo de 2014.

AL PRESIDENTE DEL
CONCEJO DELIBERANTE

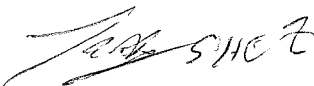
SR. DAMIAN D`IMARCO

S _____ / _____ D

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
AQUINTOS INGRESADOS	
Fecha:	19/03/14 12:02
Numero:	193
Folios:	3
Expte. N°	28/2014
Clasificación:	
Calificación:	
Lic. Noelia BUTT Resp. Área Legislativa CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	

Por la presente me dirijo a usted y ante quien corresponda, se tramite carteles con señalización **DESPACIO y ESTACIONAMIENTO CON PERSONAS CON DISCAPASIDAD**, para mi hija **SAEZ Rocio Belén, DNI N° 37908605**, en mi domicilio Ignacio Rucci N° 2742 del Barrio San Paúl. De esta manera es imposible estacionar en dicho domicilio, dada a la cantidad de vehículos estacionados en ambas márgenes, y las condiciones motrices que cuenta mi hija Rocio es imposible bajarla del vehiculo.

Me despido muy atentamente, a la espera de una respuesta favorable.


SAEZ RUBEN ANTONIO
DNI: 12862981
Tel: 433007

23 ENE. 2009



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

23 ENE. 2009

Dra. Susana Zajo
Esp. en Medicina Legal
M.N. 93910

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha...

USHUAIA, 05/09/10

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 cumpla 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			
SÁEZ ROCÍO BELEN			
D.N.I. N°	37.908.605	C.I. N°	—
L.C. N°	—	L.E. N°	—
DOMICILIO PARTICULAR			
Calle	Av. 2743	Piso	—
Calle	Barrio	Localidad	USHUAIA
Provincia	T. del FUEGO	CP	9410
Teléfono		424649-	

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

Saludo a Ud. atentamente.

Dra. Liliana Moyano
M.N. 93910
Sanidad y Acción
Ministerio de Salud

Firma y sello del Responsable
Director de Fiscalización Sanitaria



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

SUBSECRETARIA DE SALUD COMUNITARIA
Dirección de Fiscalización Sanitaria - Ushuaia

CERTIFICADO Nº 171

ART. 3º LEY PROVINCIAL Nº 48 Ushuaia, 03 de SEPTIEMBRE de 2009

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre: SAEZ ROCIO BELEN
DNI - LE - LC - CI Nº: 37908605 Edad: 16 años Sexo: FEM
Fecha de nacimiento: 13/10/1993 Estado Civil: SOLTERA
Domicilio: RUCCI 2742 Bº SAN VICENTE Localidad: USHUAIA
Provincia: TIERRA DEL FUEGO
Causa del daño (diag. final o presuntivo): M. GLO. HEMIPARÉSIS

DEFICIENCIA: 6/63 3/7/74.3
DISCAPACIDAD: 3/303/4/40-45/46-47/48-49
DESVENTAJA: 2/1

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Mínima
Prácticas		X	
Intelectuales	X		
Sociales		X	
Deportivas		X	
Observaciones: con acompañante			

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

Validez del certificado:
Permanente ☒ (válido por 10 años) Temporario ☐ Válido hasta el 03 of 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 VALIDO PAR LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

Firma del Presidente de la Junta Médica

Firma de la Autoridad Sanitaria