

Señor Damian De Marco
Presidente del Concejo Deliberante
(S...../.....D)

Ushuaia, 11 de marzo de 2013

CONCEJO DELIBERANTE GENERAL
COMISIÓN DE ENTRADA LEGISLATIVA
ASUNTOS PROPUESTOS

Fecha: 11/03/13 Hr. 12:15
Numero: 203 Fojas: 3
Expte. N°
Giro:
Recibido: *tom*

Me dirijo a Ud. por intermedio de esta nota, para que intervenga la comisión de discapacidad a fin de que evalúe el tratamiento de señalización de mi domicilio, por encontrarme discapacitada (amputación de M.I.Iz). Adjunto carnet de discapacidad y fotocopia de D.N.I.

Sin otro particular, saluda a Ud. muy Atte.

Martha Olga Contreras
Martha Olga Contreras

Domicilio: Calle Goleta Florencia 2090

D.N.I: 4.796.503

T.E. 1547 3866



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

CERTIFICADO N°: ARG-01-00004796503-20130227-20230227-FGO-285

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: CONTRERAS MARTHA OLGA		
TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - F - 4796503	N° CUIT/CUIL: -----	F/NACIMIENTO: 12/5/1944
DIAGNOSTICO: Ausencia adquirida de pierna por arriba de la rodilla Otros trastornos del sistema circulatorio consecutivos a procedimientos, no clasificados en otra par Síndrome del miembro fantasma con dolor		
DIAGNOSTICO FUNCIONAL: FUNCIONES CORPORALES: b729.4 b7308.4 b770.4		
ESTRUCTURAS CORPORALES: s7501.412		
ACTIVIDAD / PARTICIPACION: d9205.00 d410.34 d7600.00 d510.34 d2401.00 d5702.00 d450.44 d177.00 d4104.44 d8708.01 d6301.23 d540.34 d6402.23 d7102.00 d2100.23 d7500.00		
FACTORES AMBIENTALES: e320.+4 e355.+4 e5801.+4 e5800.+4 e5700.+4 e450.+4 e1101.+3 e410.+4 e2253..4 e1201.+4 e310.+4 e2100..4		

ORIENTACION PRESTACIONAL:

- REHABILITACION

VENCIMIENTO:

El presente certificado tiene validez hasta el: 27/2/2023

El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laborativa.

ACOMPAÑANTE:

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

Acompañante: SI

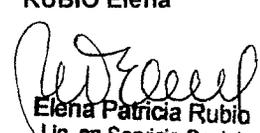
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

Ushuaia
Lugar:

27/2/2013
Fecha emisión:

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:

Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
ZAJIC Susana  Susana Zajic Médico M.P. N° 585 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	FEIJOO Claudia  Claudia Feijoo Lic. en Psicología M.P. N° P.S. 71 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	RUBIO Elena  Elena Patricia Rubio Lic. en Servicio Social M.P. N° 072 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello

Para constatar la veracidad de este certificado
consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar



2080980695

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO
CUMPLE LOS 16 AÑOS, EL-DIA:

...../...../.....

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.

DOCUMENTO NACIONAL DE
IDENTIDAD DE:

CONTRERAS

Apellidos (si es mujer el de soltera)

Martha Olga

Nombres

Clase **R44** **F4796502**

Sexo **VARON** **MUJER** **D. M.**

(Tachar lo que no corresponda)



Impresión dígito
código derecho

Martha O. Contreras

Firma del interesado

Nació/a el **12** de **Mayo**

de 19 **44**

Part. o Dpto. **Tschilo**

Provincia **Cordoba**

Nación **Argentina**

Cédula de identidad N°

Expedida por

DOMICILIO

Calle **Carlos Darwin**

N° **638** Piso Dpto.

Barrio Monobloc

Ciudad o Pueblo **Ushuaia**

Part. o Dpto.

Provincia **Tierra del Fuego**

Of. Ident. **117** Identif. el día **2/7/62**

Sello

DEPTO. DOCUMENTACION

**PARA NATURALIZADOS
ARGENTINOS**

Naturalizado/a el ____ de ____

de 19 ____

Certificado de ciudadanía expedido por el

Juzgado

Secretaría N°

Sello

Firma