



**Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia**

BLOQUE MOVIMIENTO POPULAR FUEGUINO
CONCEJAL DAMIAN ALEJANDRO DE MARCO

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	18/04/13 Hs. 10:31
Numero:	326 Fojas: 8
Expte. N°	49/13
Grado:	
Expedido:	

NOTA N° 70 . /2013
LETRA: BMPF - DAD

Ushuaia, 18 de Abril de 2013.-

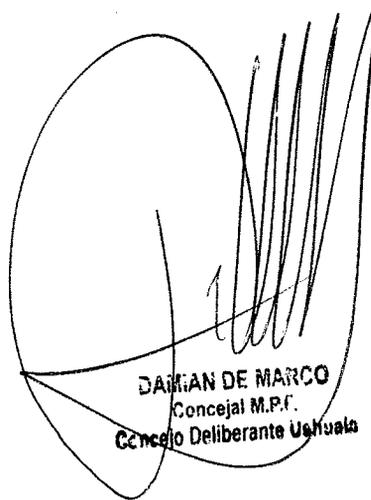
Señor Secretario
Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia
Dn. Alberto ARAUZ.
S. _____ / _____ D.

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Usted, a efectos de remitirle el siguiente proyecto de RESOLUCION, para que el mismo sea incorporado y tratado en la próxima Sesión Ordinaria prevista para el día 24 de Abril del corriente año, en virtud de los siguientes fundamentos.

Recibimos en nuestra Institución la solicitud de del señor Cesar ZARATE DNI 7.609.126, para que intercedamos ante el Poder Ejecutivo Municipal y requerir la demarcación de un espacio reservado para personas con Discapacidad frente a su domicilio, sito en calle Canga 2112 , puesto que su hijo Gonzalo Gabriel ZARATE posee una discapacidad permanente..

Por lo manifestado, solicito el acompañamiento de mis pares en la aprobación de la siguiente Resolución.


DAMIAN DE MARCO
Concejal M.P.F.
Concejo Deliberante Ushuaia



*Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia*

BLOQUE MOVIMIENTO POPULAR FUEGUINO
CONCEJAL DAMIAN ALEJANDRO DE MARCO

EL CONCEJO DELIBERANTE DE LA CIUDAD DE USHUAIA
RESUELVE

ARTICULO 1º.- SOLICITAR al Poder Ejecutivo Municipal para que a través del área correspondiente, proceda a la demarcación de un espacio reservado para Personas con Discapacidad, en la calle Canga 2112 de nuestra ciudad, frente al domicilio del Señor Cesar ZARATE DNI 7.609.126, dado que su hijo Gonzalo Gabriel ZARATE posee una discapacidad permanente

ARTÍCULO 2 .- INSTRUIR la Secretaría de Desarrollo y Gestión Urbana que a través del área que corresponda, proceda a la implantación de las señales correspondientes.

ARTÍCULO 3.- EXCEPTUAR al frentista indicado en el artículo 1º de la presente, como contribuyente del pago de la tasa mensual por espacio reservado en la vía pública, estipulado en la Ordenanza Tarifaria (Ordenanza Municipal 3501).

ARTÍCULO 4 .- REGISTRAR. Pasar al Departamento Ejecutivo Municipal para su promulgación. Dar al Boletín Oficial Municipal para su publicación y ARCHIVAR.



DAMIAN DE MARCO
Concejal M.P.F.
Concejo Deliberante Ushuaia

Ushuaia 20 de marzo de 2013

Señor Presidente
Concejo Deliberante de la ciudad de Ushuaia
Dn. Damián Demarco
S/D

De mi consideración:

Me dirijo a Usted y por su intermedio al Cuerpo Deliberativo de la ciudad el cual preside, a los efectos de solicitar que, por donde corresponda, se me autorice un espacio reservado frente a mi domicilio particular, sito en la calle Vicente Canga Nº 2112, de esta localidad.

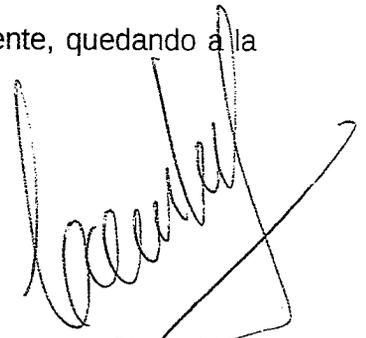
Tal solicitud se realiza habida cuenta que mi hijo menor, Gonzalo Gabriel Zarate – DNI Nº 26.530.257, posee una discapacidad permanente que, como en este caso hace de él una persona con alto grado de disminución visual producida por Diabetes, lo cual lo inhibe de desplazarse con total normalidad en la vía pública.

Debo aclarar que motiva este pedido, la constante ocupación por parte de vehículos automotores del frente de mi domicilio, lo que complica tremendamente, al momento de sus desplazamientos cotidianos, el ascenso y/o descenso de los vehículos, en virtud de la permanente ocupación del espacio frontal de mi predio.

Por lo tanto, y bajo el imperio de lo versado en la O.M. Nº 1797, en su Art. 1º, solicito ese espacio reservado a los fines de aliviar, aunque sea en parte, los inconvenientes que tiene mi hijo para sus posteriores desplazamientos en la vía pública.

En tal espíritu, y para mayor información, adjunto a ésta Certificado de Discapacidad Nº 161/08, de fecha 25 de abril de 2008, emitido por el Ministerio de Salud de la provincia, como asimismo, fotocopias del DNI de mi hijo y el mío propio, para su conocimiento.

Sin otro particular saludo a usted muy atentamente, quedando a la espera de una respuesta favorable a mi solicitud.



César A. Zárate
DNI 7.609.126
Vicente Canga 2112
Tel: 431660



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

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE FISCALIZACION SANITARIA ZONA 2

Certificado N°: 161/08
Art. 3° - Ley Provincial N° 48

USHUAIA, 25 de abril de 2008

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre/s: Parate Gonzalez
 D.N.I. - L.C. - L.E. - C.I. N°: 26530254 Edad: 30 Sexo: masculino
 Fecha de nacimiento: 10/02/78 Estado civil: soltero
 Domicilio: Vicente Cerpa 7112 Localidad: Ushuaia
 Provincia: TdF Tel: 431660
 Causa del daño (diagnóstico final o presuntivo): DM2 diabético - Impens. sexual
 retinopatía diabética polifrutina grave. Desprendi-
 miento retina. Insuficiencia renal - Diabetes insulino-dep-
 DEFICIENCIA: 5:53.0; 5:56.2; 6:63.1; 6:64; 6:68.1; 6:68.2;
 7:71.5; 9:93.3; 9:96; 5:57.5; 5:57.6
 DISCAPACIDAD: 2:25; 2:26; 2:27.0; 2:27.1;
 DESVENTAJA: 1:1; 2:1; 3:1; 5:2; 6:5

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Minima
Prácticas		X	
Intelectuales	X		
Sociales		X	
Deportivas		X	
Observaciones:	<u>con componente</u>		

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

Validez del Certificado:
 Permanente: (válido por 10 años) Temporario: Valido hasta el: 25/04/2018
 Requiere libre estacionamiento: SI NO



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

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha. USHUAIÁ, 25/04/08 -

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 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	
<u>ZARATE GONZALO</u>	
D.N.I. N° <u>26.530.957</u>	C.I. N° <u>-</u>
L.C. N° <u>-</u>	L.E. N° <u>-</u>
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle... <u>Caño</u> N° <u>2112</u>	Piso..... Dpto. <u>-</u> Entre calle..... y
Calle.....	Barrio <u>Los Pinos</u> Localidad <u>USHUAIÁ</u>
Provincia <u>T. del FUEGO</u>	CP <u>9490</u> Teléfono <u>431600</u> -

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

Saludo a Ud. atentamente.


 Dra. Mónica Mónica
 M.M. N.º 478781
 Dir. Fiscalización Sanitaria - Ushuaia
 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
Ministerio de Salud

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

ZARATE GONZALO GABRIEL

(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

RETINOPATIA DIABETICA

DMT TIPO I, CON MAL CONTROL METABOLICO

II. Tipo y grado de secuelas clínicas de la misma:

VISION MUY RESTRINGIDA de AMBOS OJOS

- 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** **Permanente**
- Parcial** **Temporaria**

Porcentaje estimado: **70%**
(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** **Visual**
- Viseral** **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 NO

XI. ¿El tratamiento puede ser realizado en el área de residencia? SI NO

XII. Tiempo estimado para una nueva evaluación:

- 2 años** **5 años** **10 años**

Lugar y fecha: **USHUAIA 02/06/08**

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 3380 M.M. 133
Av. Est. 8540

de 20.08...
Dra. EDUARDO GOROSIT
Médico M.N. 61281

Firma del médico actuante

Firma del médico actuante

Firma y sello del Director del Hospital

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria



"2012 en MEMORIA a los HÉROES de MALVINAS "

Comisión Provincial Coordinadora para la Discapacidad

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE INCLUSIÓN DE LA C.P.C.D.

VERIFICADO EL CERTIFICADO ORIGINAL DE DISCAPACIDAD , VIGENTE HASTA EL
25/09/2018 LA COMISIÓN PROVINCIAL COORDINADORA PARA LA DISCAPACIDAD.
HA PROCEDIDO A LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE INCLUSIÓN LABORAL, AL
SR./ ZARATE GONZALO GABRIEL , D.N.I. N° 26530257.

FECHA DE EMISIÓN:..... 08-02-2012

FIRMA:.....

ACLARACIÓN:..... Zarate Gonzalo

D.N.I.:..... 26530257

Lic. MÓNICA FROLA
SECRETARÍA EJECUTIVA
COMISIÓN PROV. COORDINADORA DISCAPACIDAD
TIERRA DEL FUEGO



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / Surname
ZARATE



Nombre / Name
GONZALO GABRIEL

Sexo / Sex: Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
10 MAR 1978

Fecha de emisión / Date of issue
15 FEB 2013

Vencimiento / Date of expiry
15 FEB 2028

FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document
26.530.257

Trámite (Nº Of. Item)
00170202209



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 nin-
gún 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 produ-
cido la novedad.

Art. 47 - Ley 17.671.

DOCUMENTO NACIONAL DE
IDENTIDAD DE:

ZARATE

Apellidos (si es mujer, el de soltera)

Cesar Alejandro

Nombres

D.N.I. N.º 17.609.126

Sexo: VARON | MUJER | D. M.

(Marcar lo que no corresponda)



Impresión dígito
pulgar derecho

REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Firma del interesado