



**Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia**
Bloque
Partido Federal Fueguino

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha: 03/07/13	Hs. 12:29
Numero: 772	Fojas: 6
Expte. N°	228-cl-2012
Girado:	
Recibido:	Vador

"2013- Año del Bicentenario de la Asamblea
General Constituyente de 1813"

NOTA N° 096 /2013,
LETRA: Bloque P. F. F.

USHUAIA, 02 JUL 2013

Sr. Presidente:

Me dirijo a Ud. a fin de remitirle el Proyecto de Ordenanza que se adjunta, para su incorporación en el Boletín de Asuntos Entrados en la próxima Sesión Ordinaria, en virtud de la solicitud realizada por la Sra. Clara Elena AVALOS DNI N° 5.579.080.

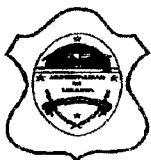
La Sra. AVALOS manifiesta la necesidad de implantar una señal con la leyenda "Estacionamiento Reservado Persona con Discapacidad", en su domicilio sito en la calle Facundo Quiroga N° 1643, quien padece Artrosis Cervical, Lumbar y otras afecciones que le impiden su normal desplazamiento y su sector de estacionamiento se encuentra permanentemente ocupado.

Por lo expuesto me permito requerir a los demás ediles de este Cuerpo Deliberativo tengan a bien acompañar el proyecto de resolución que traigo a consideración.

Sin otro particular le saludo atentamente.


LUIS ALBERTO CARDENAS
Concejal P.F.F.
Concejo Deliberante Ushuaia

Al Sr. Presidente
Concejo Deliberante
de la ciudad de Ushuaia
Dn. Damián DE MARCO
S _____ / _____ D.



**Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia
Bloque
Partido Federal Fueguino**

"2013- Año del Bicentenario de la Asamblea
General Constituyente de 1813"

PROYECTO DE ORDENANZA

ARTÍCULO 1º: AUTORIZAR un espacio reservado entre Discos de SIETE (7) metros con la leyenda "Estacionamiento Reservado Persona con Discapacidad", sobre la calle Facundo Quiroga N° 1643, residencia de la Sra. Clara Elena AVALOS DNI N° 5.579.080

ARTÍCULO 2º: INSTRUYASE a la Secretaria de Desarrollo y Gestión Urbana, para que a través del área que corresponda, proceda a la implantación de las señales correspondientes.-

ARTÍCULO 3º: Eximir a la Sra. Clara Elena AVALOS DNI N° 5.579.080 del pago de la Tasa por Espacio Reservado estipulado en la Ordenanza Tarifaria vigente.-

ARTÍCULO 4º: De forma.-

LUIS ALBERTO CARDENAS
Concejal P.F.F.
Concejo Deliberante Ushuaia

4/6/2013 US Lina E. J. F

772-3/6

De mi consideración

Mexa dijo a Guai correspondo-
esta nota."

En la ciudad ya hace mucho tiempo
que estoy solicitando que se me ponga
un cartel de prohibido Estacionar,
ya que lo necesito urgente, por la
reducción de mi movilidad y a veces
es imposible tomar un taxi porque
el auto me impiden acceder por
la entrada de mi domicilio ya
que esta todo lleno, tengo dos
colegios cerca el jardín No 8 y
el colegio Sabato esto esta lleno.
Y no hay respto. Desde muchos gracias
Saluda atentamente (Nota)

Hay copia de mis
desafordada y
D.O.

A solo para Elena

DN/5578080.



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida

e Islas del Atlántico Sur

República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN SANITARIA ZONA 2

Marisa P. Macchia
Jefe División Discapacidad
y de Atención Psicosocial

19 SET. 2006

Certificado N°: 2293

Art. 3° - Ley Provincial N° 48

USHUAIA, 14 de JUNIO de 2006

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre/s: AVALOS CLARA

D.N.I. - L.C. - I.E. - C.I. N°: 5579080 Edad: 59 Sexo: Femen.

Fecha de nacimiento: 06/04/1947 Estado civil:

Domicilio: Localidad:

Provincia: Tel:

Causa del daño (diagnóstico final o presunto): Artrosis cervical severa, Artrosis lumbar, sociolíticas y feunoropóticas laterales.

DEFICIENCIA: 71.6

DISCAPACIDAD: 40-41-42-43-44-46.1-47.0-47.1-50.0
50.1-51.2-51.5-52-56-71.0-71.1-71.2-78

DESVENTAJA: 2.2-3.4-4.4-6.5

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Mínima
Prácticas			X
Intelectuales		X	
Sociales		X	
Deportivas			X
Observaciones: desde el punto de vista clínico no presenta alteraciones que generen discapacidad.			

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

Validez del Certificado:

Permanente: ☒ Válido por 10 años) Temporario: ☐ Valido hasta el: / /Requiere libre estacionamiento: SI ☐ NO ☒Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos: SI ☐ NO ☒Requiere vehículo adaptado: SI ☐ NO ☒

Este certificado no es válido para la obtención de beneficios previsionales

Firma del Presidente de la Junta de Discapacitados

Firma de la Autoridad Sanitaria

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, y los Hielos Continentales, son y serán Argentinos"



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

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE FISCALIZACIÓN SANITARIA ZONA 2

Certificado N°: 2293

Art. 3° - Ley Provincial N° 48

USHUAIA, 14 de Junio de 2006

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre/s: AVALOS CLARA
 D.N.I. - L.C. - L.E. - C.I. N°: 5579080 Edad: 59 Sexo: Fem.
 Fecha de nacimiento: 06/04/1947 Estado civil: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____
 Provincia: _____
 Causa del daño (diagnóstico final o presuntivo): Artrosis cervical severa,
Artrosis lumbar, Sacroilíaca, Periartritis
rotatoria.
 DEFICIENCIA: 71.6
 DISCAPACIDAD: 40-41-42-43-44-46-1-47-0-47-1-50-0
50-1-51-2-51-5-52-56-71-0-71-1-71-2-78
 DESVENTAJA: 2-2-3-4-4-4-6-5

Apto para Actividades	Grado de Complejidad	
	Máxima	Mediana
Prácticas		MONICAM BANCORRIA
Intelectuales		COORDINADORA
Sociales		AREA PASES Y FRANQUICIAS
Deportivas		SECRETARIA DE TRANSPORTE
Observaciones: <u>Se le otorga de vista clínico no presenta alteraciones</u> <u>que en discapacidad</u>		
(Según el manual de Clasificación Internacional de Discapacidades, desventajas y minusvalías)		

Validez del Certificado:

Permanente: ☒ Válido por 10 años) Temporario: ☐ Válido hasta el: / /

Requiere libre estacionamiento: SI ☐ NO ☒

Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos: SI ☐ NO ☒

Requiere vehículo adaptado: SI ☐ NO ☒

Este certificado no es válido para la obtención de beneficios previsionales

FINA DEL PROBLEMA DE LA JUNTA ANTERIOR BROUWER
 MARCO M. L. G. M. P.
 Médico y Fisioterapeuta

Dr. Liliara Moyano
 L.M. 6502 MM 521
 División Fiscalización
 E. 1000
 1000 1000 1000

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, y los Hielos Continentales, son y serán Argentinas"

**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.

**MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDAD**
(el es mujer el de soltera)

NOMBRES: *MARAS* CLASE: *Clara* SEXO: *F*

CLASE: *Clara* D.M. *1942* *Mujer*

NÚMERO DE DOCUMENTO: *15 576 080* NACIONALIDAD: *Argentino*


Impresión dígito pulgar derecho

10060646230253

-1-

**PARA NATURALIZADOS
ARGENTINOS**

Naturalizado/a el *6/1/47* en *Paraná* de *Provincia: C. Ros.*

Nación: *Argentina*

DOMICILIO: *F. Quiroga* No. *1643*

Calle: _____ Piso: _____ Dpto: *Chaco* Monoblock: _____

Ciudad o Pueblo: *Chaco* Barrio: _____ Provincia: *Chaco*

Part. o Dpto.: *Chaco*

Oficina Ident.: *Chaco*

Identif. el día: *22/5/65* Fecha de expiración: _____

Nº de CUIT o CUIL (si corresponde): _____

Firma del interesado: *[Signature]*

Sello _____

Firma _____

-2-

-3-