

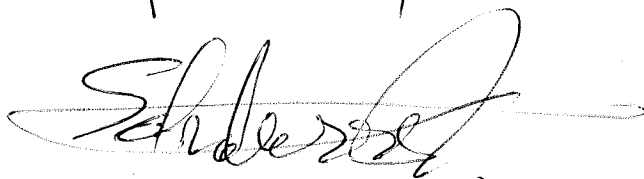
29/07/13.

El PRESIDENTE
CONCEJO DELIBERANTE
DAMIAN DE FRANCO.

ME DIRIGO AUSTED A FIN
DE CONTEMPLAR LA POSIBILIDAD DE SER
BENEFICIARIA DE UN LUGAR RESERVADO PARA
PERSONA CON DISCAPACIDAD. YA QUE DEBIDO
A MI ESTADO DE SALUD SE ME DIFICULTA LA
MOVILIDAD Y CUANDO DEBO MOVILIZARME
SE ME DIFICULTA SUBIRME A CUALQUIER VEHICULO
YA QUE SIEMPRE EL FRENTE DE MI CASA
ESTA OCUPADO POR VEHICULOS DE VECINOS,
Y YO NECESITARIA CONTAR CON ESE ESPACIO
RESERVADO DEBIDO A MI ESTADO ANTES
MENCIONADO.

MI NOMBRE ES SALVADORA
ALICIA ELENA MUI 5.639.270, Y MI
DOMICILIO ES CALLE RIO GRANDE 183.

DESDE YA ESPERO UNA
RESPUESTA FAVORABLE, SALUDO MUY ATTE.



TEL. 1560 6700 -

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	29/7/13 Hs. 12:00
Numero:	878
Fojes:	
Expte. N°	138-CL-2013
Girado:	
Recibido:	Amatone

CUADRUPLICADO

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
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRELADOS (si es mujer el de soltera)

SALVATIERRA

NOMBRES

Alma

Glenn

SEXO

1947 Mujer

D.M.

CLASE

FS. 633 2b

NUMERO DE DOCUMENTO

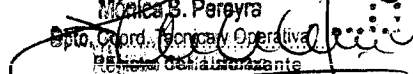
NACIONALIDAD

Argentin



- 2 -

Nacido/a el 9/11/47 en Copetonga
 Part. o Dpto.: B. Buenos Aires Provincia: Bs. As.
 Nación: Argentina
 DOMICILIO:
 Calle: Rio Grande N°: 183
 Piso: Dpto: Monoblock:
 Ciudad o Pueblo: Ushuaia Barrio:
 Part. o Dpto.: Provincia: E. Fgo
 Oficina Ident.: 1717
 Identif. el día: 31/5/72 Fecha de expiración: 1/1/
 N° de CUIT o CUIL (si corresponde):


 Monica S. Perayra
 Dpto. Coord. Registro Operativo
 Registro Centralizante

- 3 -

Sello

Firma

PARA NATURALIZADOS
ARGENTINOS

Naturalizado/a el de
 de
 Certificado de ciudadanía expedido por el
 Juzgado
 Secretaría N°

878/2013

 GOBIERNO DE TIERRA DEL FUEGO GOBIERNO AUTÓNOMO DE USHUAIA		00102000-6		 CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD		 7261516874			
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Ley Nº 22.431				NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ARG-01-00005639270-20130430-20180430-FGO-285					
APELLIDO		SALVATIERRA		FECHA EMISION		FECHA VTO		ACOMPANANTE	
				30/4/2013		30/4/2018		SI	
NOMBRES		ALICIA ELENA		PROFESIONAL		PROFESIONAL		PROFESIONAL	
				TIMINO Miguel Angel		CUADRADO Alejandra		SOSA Milton Nelson	
D.N.I. - F - 5639270		09/11/1947							
TIPO/NRO DOCUMENTO		FECHA NACIMIENTO							
Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia				Miguel Angel Timino Médico M.N. Nº 357					
EMITIDO POR				Junta Evaluadora T.D.F.					



CERTIFICADO N°: ARG-01-00005639270-20130430-20180430-FGO-285

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: SALVATIERRA ALICIA ELENA		
TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - F - 5639270	N° CUIT/CUIL: -----	F/NACIMIENTO: 09/11/1947

DIAGNOSTICO: Hemiplejia espastica Anormalidades de la marcha y de la movilidad Hipertensión esencial (primaria) Secuelas de enfermedad cerebrovascular

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:
FUNCIONES CORPORALES: b7302.3 b770.3 b4200.2 b7352.3

ESTRUCTURAS CORPORALES: s110.870

ACTIVIDAD / PARTICIPACION: d540.23 d510.23 d6301.24 d2102.23 d5702.24 d410.34 d640.23 d2202.34 d7600.22 d455.34 d7102.23 d430.34 d3502.22

FACTORES AMBIENTALES: e355.+2 e2100..4 e1100.+2 e5700.+3 e5502.+3 e1101.+3 e5801.+3 e1201.+3 e310.+2

ORIENTACION PRESTACIONAL:
- REHABILITACION

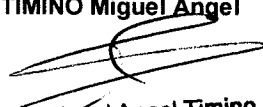
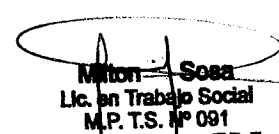
VENCIMIENTO: 30/4/2018
El presente certificado tiene validez hasta el:

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 indicara que también se cubra al acompañante."
Acompañante: SI

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
Ushuaia 30/4/2013
Lugar: Fecha emisión:

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:
Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
TIMINO Miguel Angel	CUADRADO Alejandra	SOSA Milton Nelson
 Miguel Angel Timino Médico M.N. N° 357 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	 Alejandra Cuadrado Lic. en Psicología M.P. N° L.P.S. 13 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	 Milton Nelson Sosa Lic. en Trabajo Social M.P. T.S. N° 091 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello

7261516874
Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar