

USHUAIA, 19 de marzo de 2014.

AL PRESIDENTE DEL
CONCEJO DELIBERANTE

SR. DAMIAN D'IMARCO

S / D

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ACTOS INGRESADOS	
Fecha: 19/03/14	Hs. 12:02
Numero: 193	Fojas: 3.
Expts. N°	28/2014
Grado:	
Procedido:	
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. 2008



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

23 ENE. 2008

23 ENE. 2008

[Handwritten signature]

Dra. Susana Zaffo
Esp. en Fisioterapia
M.N. 93840

[Handwritten signature]

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha... Ushuaia, 05/09/08

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	
SAEZ ROCIO BELEN	
D.N.I. N° 37.908.605	C.I. N° -
L.C. N° -	L.E. N° -
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle <u>Roca</u> N° <u>2742</u>	Piso. - Dpto. - Entre calle. -
Calle. -	Barrio <u>San Vicente</u> Localidad <u>Ushuaia</u>
Provincia <u>T. del FUEGO</u> CP <u>9470</u>	Teléfono <u>434649</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. Liliana Moyano
M.N. 93840
Especialista en Fisioterapia
Ministerio de Salud

[Handwritten signature]

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 N° 171

ART. 3° LEY PROVINCIAL N° 48

Ushuaia, 03 de SEPTIEMBRE de 2009

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre: SAEZ ROCIO BELEN
 DNI - LE - LC - CI N°: 37908605 Edad: 16 Años - Sexo: FEM
 Fecha de nacimiento: 13 10 1993 Estado Civil: soltera
 Domicilio: RUCE 2742 P° SAN VICENTE Localidad: USHUAIA
 Provincia: TIERRA DEL FUEGO
 Causa del daño (diag. final o presuntivo) M. GLO MENINGOCELO

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:	<u>donde se encuentra el paciente</u>		

(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., dev. 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