

Ushuaia, 20 de marzo del 2014.

CONCEJO DELIBERANTE
SR. DAMIÁN DE MARCO:

Por la presente, en mi carácter de vecina de esta Ciudad, solicito que por su intermedio se me conceda poder poner los carteles de "espacio reservado para personas con discapacidad" frente a mi domicilio (peron sur 44). Esto se debe a que en la entrada de mi domicilio se estacionan vehículos ajenos a mi familia y que en mi condición de discapacidad motriz, se me hace imposible trasladarme fuera de los parámetros de mi macizo.

Dejo manifiesto además que cuando tengo que hacer mis estudios mensuales, sea al hospital o a la clínica, tengo que tomar el taxi o remis en doble fila con el peligro que esto significa.

Sin mas lo saludo atentamente esperando una pronta y satisfactoria respuesta.

Se adjunta fotocopia del certificado de discapacidad.

CONCEJO DELIBERANTE U.S.	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	20/03/14
Hs:	10:31
Numero:	203
Folios:	2
Expte. N°:	
Girado:	
Recibido:	

Elida Mendoza
Elida Mendoza
DNI: 18.776.213
Tel=02901 - 443289

original a mi vista



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

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.M. 63840 M.M. 565
M. Laboral 6545

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Dirección de Fiscalización Sanitaria Zona 2

CERTIFICADO N° 1293-

ART. 3º LEY PROVINCIAL N° 48

USHUAIA, 19 de Abril 2004 de 19

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: Mendoza Elido Brigida
 DNI - LE - LC - CN° 18.776.213 Edad: 63 Sexo: F
 Fecha de nacimiento: 8 / 10 / 1940 Estado civil: Casada
 Domicilio: Perón Sur 44 Localidad: U14
 Provincia: TDF.
 Causa del daño (diag. final o presuntivo) Cuel lumbos sacro

DEFICIENCIA: 7.70.52, 9.98.6

DISCAPACIDAD: 4-44

DESVENTAJA: 6-4

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Mínima
Prácticas		X	
Intelectuales	X		
Sociales	X		
Deportivas			X
Observaciones:			

(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., desv. y minusv.)

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 VALIDO PARA LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

Firma del Presidente de la Junta Médica

Firma de la Autoridad Sanitaria