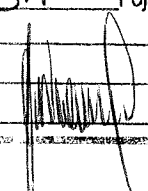


Ushuaia, 08 Abril 2014. -

311 - 1/2

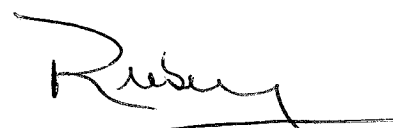
SRES. Consejo Deliberante.
Ushuaia -
S _____ D:

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha: 08/04/14	Hs. 11:02
Numero: 311	Fojas: 2
Expte. N°	
Grado:	
Recibido:	

Por medio de la presente
me dirijo a Udes. por este medio, para solicitarle
tenga a bien, ordenar a quien corresponde ve la
posibilidad de colocar le cortina en mi domicilio
Calle SALTAS 2240 de esta Ciudad respecto a los
Cortiles de "PROHIBIDO ESTACIONAR".

Quisiera dicho pedido el ser una persona con
movilidad reducida y permanentemente me es impo-
sible estacionar para bajar o subir a mi vehículo
de mi domicilio, para lo cual adjunto certificado
de discapacidad.

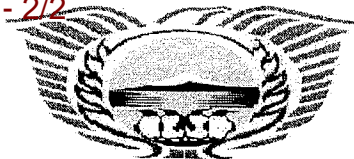
Sin más salud a Udes. Atte. -


RUBEN EDUARDO
DNI: 12.966.612 -
434325-15469439

27 NOV 2013

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

311 - 2/2



PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO, ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR.

Dr. Adm. Carina AGUILERA
Dirección de Discapacidad
MINISTERIO DE SALUD - TDF

00389117-4

CERTIFICADO N° ARG-02-00012966612-20131015-20181015-FGO-2P5

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: BACAS RUBEN EDUARDO		
TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - M - 12966612	N° CUIT/CUIL: -----	F/NACIMIENTO: 26/4/1957

DIAGNOSTICO:
Anormalidades de la marcha y de la movilidad Insuficiencia renal crónica Otra coxartrosis secundaria, bilateral Lupus eritematoso sistémico

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:
FUNCIONES CORPORALES: b7151.2 b4208.3 b770.2 b430.3 b7108.2 b4350.3 b6100.3

ESTRUCTURAS CORPORALES: s6100.370 s75001.371 s4109.888 s420.888

ACTIVIDAD / PARTICIPACION: d2101.23 d9205.11 d6200.13 d4501.34 d760.00 d5701.33 d4602.33 d770.00 d455.34 d220.23

FACTORES AMBIENTALES: e355.+3 e320.+3 e2100..2 e1101.+3 e5800.+3 e5801.+3 e1201.+2 e2253..2 e1100..2 e5700.+3 e310.+3

ORIENTACION PRESTACIONAL:
- REHABILITACION

VENCIMIENTO:
El presente certificado tiene validez hasta el: 15/10/2018

El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laborativa.

ACOMPANANTE:
"En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra al acompañante."
Acompañante: **SI**

LUGAR Y FECHA DE EMISION
Lugar: **Ushuaia** Fecha emisión: **15/10/2013**

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

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
ZAJIC Susana Susana Zajic Médico M.M. N° 585 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	MARURI FOSS Maria Alejandra M. Alejandra Maruri Foss Lic. en Psicología M.P. N° PS-128 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	SOSA Milton Nelson Milton Sosa Lic. en Trabajo Social M.P. T.S. N° 091 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello

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

728029537