



**Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia**

**Bloque Unipersonal
Arraigo y Renovación**

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ORDENADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha: 18/06/14	Hs: 13:44
Numero: 648	Fojas: 9
Auto. N°	
Proyecto:	
Estado:	<i>Loobk</i>

"Donar órganos es donar Vida"

"1904 - 2014. 110 Años de Presencia Ininterrumpida en la Antártida Argentina"

**Nota N° 102/2014
Letra: B.U.A.R- L.C**

USHUAIA, 18 de junio de 2014.-

SEÑOR PRESIDENTE

Me dirijo a Ud. a fin de remitirle el Proyecto de Ordenanza que se adjunta, para ser incorporado para su tratamiento sobre tablas en la Sesión Ordinaria del día de la fecha, en virtud de la solicitud realizada por la señora Claudia Patricia Fernández, titular del DNI 17.060.665 ingresada como Asunto N° 640/2014 con fecha 18/06/2014.

La señora Fernández, tiene una hermana, María Ángela de Lourdes Fernández López, que sufre una discapacidad, según consta en el certificado adjunto.

Ante esta situación y teniendo en cuenta las dificultades que se presentan para estacionar sobre la calle San Martín, se hace necesario delimitar un espacio para estacionamiento.

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

Sin otro particular lo saludo atentamente.

LUIS ALBERTO CARDENAS
Concejal B.U. Arraigo y Renovación
Concejo Deliberante de 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 Unipersonal
Arraigo y Renovación*

*“Donar órganos es donar Vida”
“1904 – 2014. 110 Años de Presencia Ininterrumpida en la Antártida Argentina”*

PROYECTO DE ORDENANZA

EL CONCEJO DELIBERANTE DE LA CIUDAD DE USHUAIA SANCIONA CON
FUERZA DE ORDENANZA

ARTICULO 1º.- AUTORIZAR un espacio reservado en la vía pública de SIETE (7) metros con la leyenda “Estacionamiento Reservado para Persona con Discapacidad”, sito en la calle San Martín 1138.

ARTICULO 2º.- INSTRUIR a la Secretaria de Desarrollo y Gestión Urbana, para que a través del área que corresponda, proceda a la implementación de las señales correspondientes.

ARTICULO 3º.- EXCEPTUAR al frentista indicado en el artículo 1º de la presente, como contribuyente del pago de la tasa mensual por espacio reservado en la vía pública, estipulado en la ordenanza tarifaria vigente.

ARTICULO 4º.- REGISTRAR. Pase al Departamento Ejecutivo Municipal para su promulgación. Dar al Boletín Oficial Municipal para su publicación. Archívese.


LUIS ALBERTO CARDENAS
Concejal B.U. Arraigo y Renovación
Concejo Deliberante de Ushuaia

CERTIFICADO DE JUICIO EN TRAMITE

CERTIFICO que por ante este Juzgado de Primera Instancia de Familia y Minoridad N° 1 del Distrito Judicial Sur de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, a cargo del Dr. Alejandro Ferrero, Secretaría a cargo de la Dra. Karina R. Merich, y con sede en la calle Congreso Nacional N° 502 de la Ciudad de Ushuaia, se tramitan los autos caratulados: "FERNANDEZ LOPEZ, María Angela de Lourdes S/ INSANIA (Expte. N° 17212/2014)"-----

A los efectos de ser presentado ante quien corresponde, expido el presente en la Ciudad de Ushuaia a los 6 días del mes de mayo de 2014.-----


Dra. Merich Karina R.
Secretaria Subrogante
Juzgado de Fia y Minoridad N°1







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

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha... *Ushuaia, 6/02/13*

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	
<i>Fernandez Lopez Maria Angeles D.</i>	
D.N.I. N° <i>23258967</i>	C.I. N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle <i>San Martín</i> N° <i>1138</i> Piso..... Dpto..... Entre calle..... y	
Calle.....	Barrio..... Localidad <i>Ushuaia</i>
Provincia <i>TDF</i>	CP <i>9410</i> Teléfono <i>15604477</i>

A los efectos de ser agregado a la solicitud de Pensión interpuesta ante el Ministerio de Desarrollo Social Provincial.

Saludo a Ud. atentamente.

[Handwritten Signature]
Ma. E. MARANDINO.
MÉDICA
MM - 635
Fiscalización Sanitaria

Firma y sello del Responsable
Director de Fiscalización Sanitaria



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

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

Fernández Lopez María Angeles D.

(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

I. indicar enfermedad causal de la disminución de la capacidad:

Enfermedad de West c/ retraso madurativo severo

II. Tipo y grado de secuelas clínicas de la misma:

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

- Resumen de historia clínica
- Exámenes de laboratorio actualizado
- Tratamiento Indicado

III. Otras enfermedades:

(Detallar tengan o no relación con la enfermedad principal)

IV. ¿Hay incapacidad para el desempeño de sus tareas laborales habituales? Si No

V. En caso de menores, ¿hay incapacidad para el auto desenvolvimiento acorde a la edad? Si No

VI. La incapacidad es:

- Total Permanente
- Parcial Temporaria

Porcentaje estimado: *70 %*
(de incapacidad laboral) *(setenta)*

VII. La incapacidad es de orden predominantemente

- Físico Mental Físico y Mental

VIII. En caso de ser una incapacidad de orden físico, ¿a qué tipo corresponde?

- Motor Visual
- Viseral Auditivo

IX. Si la discapacidad es mental y el solicitante tiene 21 años o más, deberá indicar si considera necesario gestionar la curatela (designación de un representante legal en caso de solicitantes alienados mentales mayores de edad)

- SI NO

X. ¿Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnostico de incapacidad? SI NO

XI. ¿El tratamiento puede ser realizado en el área de residencia? SI NO

XII. Tiempo estimado para una nueva evaluación:

- 2 años 5 años 10 años

Lugar y fecha: *Ushuaia, 6 de Feb/ de 20.13*

[Signature]

Firma del médico actuante

DR. ERIC R. MANRIQUE
A/C DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL REGIONAL DE USHUAIA

Firma y sello del Director del Hospital

RUBEN O. SANTOS
Med. Generalista y Laboral
M. P.: M. M. 119

Firma del médico actuante

DR. E. MARANDINO
MÉDICA
M.M. - 635
Especialización Sanitaria

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria

648 - 8/9

- Este certificado es único e intransferible, no podrá ser retenido por otros. Para todo trámite utilice fotocopia del presente "NO ENTREGUE EL ORIGINAL"
- En caso de extravío deberá presentar denuncia policial para obtener una constancia que lo supla.
- Este certificado es provincial con alcance nacional; para mayor información dirigirse a la comisión provincial coordinadora para la discapacidad.
- Para todo trámite o gestión que realice deberá ser presentado conjuntamente con documentación que acredite la identidad del titular.
- Este certificado tiene valor únicamente para su titular. En caso de hallarlo en la vía pública, se ruega entregarlo en la dependencia sanitaria más próxima.