

Ushuaia, 29 de mayo de 2015.-

Presidente del Concejo Deliberante
Dn. Damian De Marco

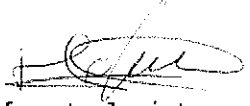
Por medio de la presente me dirijo a ud, a fin de solicitarle estacionamiento reservado para persona con discapacidad en el domicilio Cabo de Hornos N° 3939, debido a que presento mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas, también secuelas de fractura del tórax y de la pelvis por lo que muchas veces recurre la ambulancia a mi domicilio y les resulta dificultoso asistirme.

Asimismo solicito se me exima del pago de la tasa mensual por espacio reservado en la vía pública, estipulado en la Ordenanza Tarifaria (Ordenanza Municipal N° 3501).

Adjunto copia del certificado de discapacidad y del Documento Nacional de Identidad.

A la espera de una respuesta favorable, saludo a ud.

| | |
|-----------------------------|-----------|
| CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA | |
| MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA | |
| ASUNTOS INGRESADOS | |
| Fecha: 29/05/15 | Hs. 10:58 |
| Numero: 367 | Fojas: 3 |
| Expte. N° | |
| Medio: | |
| Requiere: | |
| Estado: | |


Lafuente Jacinto
D.N.I: 14.862.174
15563204

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Lic. Rubio Elena
Jefe División Certificaciones
Ushuaia - Ministerio de Salud

00101758-1



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

CERTIFICADO N°: ARG-02-00014862174-20120508-20170508-FGO-285

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: LAFUENTE JACINTO VICTOR HUGO

TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - M - 14862174

N° CUIT/CUIL: 20148621749

F/NACIMIENTO: 24/8/1962

DIAGNOSTICO:

Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas Secuelas de otra fractura del tórax y de la pelvis

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:

FUNCIONES CORPORALES: b770.2 b7150.3 b28013.3 b7151.3 b28015.2

ESTRUCTURAS CORPORALES: s420.370 s7600.370

ACTIVIDAD / PARTICIPACION:

d2302.23 d520.23 d8708.00 d7402.00 d9205.00 d930.00 d9102.00 d410.34 d2402.01
d177.00 d430.34 d415.34 d640.34 d7701.00 d5702.00 d6200.34 d6108.00 d540.23
d7100.00

FACTORES AMBIENTALES:

e310.+4 e1101.+3 e410.+3 e2100..4 e355.+4 e5801.+4 e1151.+4 e2250..4 e320.+2 e2253..4

ORIENTACION PRESTACIONAL:

- REHABILITACION.- TRANSPORTE

VENCIMIENTO:

El presente certificado tiene validez hasta el: 08/5/2017

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: 11/5/2012

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:

Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

| PROFESIONAL | PROFESIONAL | PROFESIONAL |
|--|---|--|
| TIMINO Miguel Angel | FEIJOO Claudia | RUBIO Elena |
| | | |
| Miguel Angel Timino Médico M.N. N° 357 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello | Claudia Feijoo Lic. en Psicología M.P. N° P.S. 71 Junta Evaluadora T. Firma y sello | Elena Patricia Rubio Lic. en Servicio Social M.P. N° 072 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello |



8866701717

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

