

USHUAIÁ, 17 DE JULIO DE 2015

SR. PRESIDENTE DEL CONSEJO DELIBERANTE
DANIEL DE MARCOS:

COMITÉ DEL CONSEJO DELIBERANTE USHUAIA	
CASA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
SUJETOS INGRESADOS	
Fecha: 17/07/15	Hs. 12:54
Numero: 477	Fojas: 3
Expto. N°	
Proceder:	
Ido:	

ME DIRIJO A UD. PARA

SOLICITARLE UN ESTACIONAMIENTO RESERVADO PARA
PERSONA CON DISCAPACIDAD CITO EN BAHIA
USHUAIA 2727. 2^{do} piso. DPTO "C".

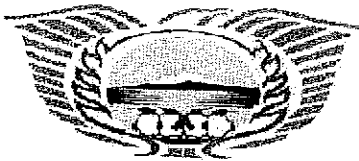
A NOMBRE DE DELIA
RAMOS; DNI: 18.548.789.

LE CUENTO LO OCURRIDO
EN RESUMIDAS PALABRAS Q' LLEVAN A Q' MI PEDIDO
SEA URGENTE: HACE UNOS DIA. UN VECINO DEL
EDIFICIO NOS COLOCÓ EL VEHICULO ATRAS DEL
NUESTRO INHABILITANDO LA SALIDA. EN
ESOS MOMENTOS MI NIJA TENIA Q' RETIRAR A SU NIETO
DEL JARDIN, LA CUAL INDIGNADA TUVO Q'
BUSCAR. REMIS, TAXI, DESEPERADA... HECHOS
SIMILARES YA HEMOS VIVIDOS E INCLUSO
INSULTOS X ESTE VECINO. Q' DICE Q' ESE
LUGAR EN EL Q' HABITUALMENTE ESTACIONA
ES SUYO.

AGRADECIDA POR SU ATENCION
Y CON UNA RESPUESTA FAVORABLE A MI
PEDIDO LO SALUDO A USTED MUY ATTE

CEL: 15550319

* Ines Delia Ramos
DNI 18548789



FS COPIA FIEL

Lic. Rublo Elena
Jefe División Certificaciones
- Ministerio de Sa.

23 OCT 2013

00389083-3

CERTIFICADO N° ARG-01-00018548789-20130904-20230904-FGO-285

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

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

APELLIDO Y NOMBRES: RAMOS INES DELIA

TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - F - 18548789 **N° CUIT/CUIL:** ----- **F/NACIMIENTO:** 19/11/1966

DIAGNOSTICO:
Hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial, bilateral

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:
FUNCIONES CORPORALES: b230.3 b2400.3

ESTRUCTURAS CORPORALES: s260.373

ACTIVIDAD / PARTICIPACION: d115.23 d3504.33 d355.33 d310.23 d5702.23 d820.23

FACTORES AMBIENTALES: e5502.+4 e1251.+3 e250..2 e430..2 e465.+4 e5800.+3 e310.+3 e355.+3

ORIENTACION PRESTACIONAL:
- REHABILITACION

VENCIMIENTO:
El presente certificado tiene validez hasta el: 04/9/2023

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

ACOMPAÑANTE:
"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: 04/9/2013

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

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
DORAY Silvia Cristina Silvia Doray Médica M.N. N° 64597 - M.P. N° 617 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	VEGA Alicia Cristina Alicia Cristina VEGA Lic. en Trabajo Social M.P. N° 180 Junta Evaluadora - TDF Firma y sello	CUADRADO Alejandra Alejandra Cuadrado Lic. en Psicología M.P. N° L.P.S. 13 Junta Evaluadora T.D.F.

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



 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Ley N° 22.431		 CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD 2082056190	
APELLIDO RAMOS NOMBRES INES DELIA D.N.I. - F - 18548789 TIPO/NRO DOCUMENTO		NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ARG-01-00018548789-20130904-20230904-FGO-285	
FECHA NACIMIENTO 19/11/1966 Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia EMITIDO POR		FECHA EMISION 04/9/2013 PROFESIONAL DORAY Silvia Cristina Médica M.N. N° 64597 - M.P. N° 617 Junta Evaluadora T.D.F.	FECHA VTO 04/9/2023 PROFESIONAL VEGA Alicia Cristina Lic. en Trabajo Social M.P. N° 180 Junta Evaluadora - TDF
		ACOMPAÑANTE SI PROFESIONAL CUADRADO Alejandra Lic. en Psicología M.P. N° L.P.S. 13 Junta Evaluadora T.D.F.	

