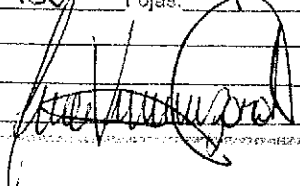


CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	21/07/15 Hs. 12:43
Numero:	480
Fojas:	7
Expto. N°	
Origen:	
Recibido:	

Ushuaia, 21 de julio 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 Gobernador Campos N° 1250, lugar donde reside la señora Velasquez Angela Judith, Documento Nacional de Identidad N° 18.640.040, debido a que presenta Lumbalgia Cronica, escoliosis dorso- lumbar severa, discatrosis cervical, neuropatía periférica bilateral, cubito varo izquierdo postraumático, limitación funcional de cadera, por lo que muchas veces recurre la ambulancia a su domicilio y les resulta dificultoso asistirla, al mismo tiempo que se dificulta para trasladarla en su auto particular en caso de emergencia, puesto que siempre hay autos estacionados fuera de su domicilio.

Asimismo solicito se le 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.



Velasquez Angela Judith

D.N.I: 14.640.040

Domicilio: Gobernador Campos N° 1250

Telefono: 15606193



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

SUBSECRETARIA DE SALUD COMUNITARIA
Dirección de Fiscalización Sanitaria - Ushuaia

CERTIFICADO N° 3119

ART. 3° LEY PROVINCIAL N° 48

Ushuaia, 02 de Diciembre de 2009.

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombre: Velasquez Velasquez Angel
 DNI - LE - LC - CI N°: 18.640.098 Edad: 61 Sexo: Var.
 Fecha de nacimiento: 07/02/1948 Estado Civil: _____
 Domicilio: 605. Camps 1250 - Localidad: _____
 Provincia: Tierra del Fuego -
 Causa del daño (diag. final o presuntivo): Lesión por esfuerzo físico
Arterio.

DEFICIENCIA: 70.50 - 70.51

DISCAPACIDAD: 40 41 42 43 44 55 56

DESVENTAJA: 1 0 | 2 2 | 3 1 | 4 3 | —

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., dev. y minusv.)

Validez del certificado:

Permanente (válido por 10 años) Temporario Válido hasta el 02/12/19
 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 PAR LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

Guillermo BROWNE
Orto y Traumatología
M.N. 101.979

Dr. JUAN LUCAS
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
M.N. 101.979

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 93840 / M.M. 586
M. Laboral 6545

Firma del Presidente de la Junta Médica

Firma de la Autoridad Sanitaria

- 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.

Entrego Original



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

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha. *Ushuaia, 05 Enero 2010*

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>VELAZQUEZ VELAZQUEZ ANGELA JUDITH</i>	
D.N.I. N° <i>18.640.040</i>	C.I. N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle <i>CAMPOS</i> N° <i>1250</i>	Piso.....Dpto.....Entre calle.....y
Calle.....	Barrio.....Localidad <i>Ushuaia</i>
Provincia <i>Tierra del Fuego</i>	CP <i>9410</i> Teléfono.....

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

Saludo a Ud. atentamente.

[Signature]
Cra. Ma. José Agos Lemar
Médica MIN 96972
Fiscalización Sanitaria
Zona 2. *AC*

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:

VELAZQUEZ VELAZQUEZ ANGELA JUDITH

(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

LUMBALGIA CRONICA - ESCOLIOSIS DORSO-LUMBAR SEVERA - DISCARTRIAS CERVICAL - NEUROPATIA PERIFERICA BILATERAL - CUBITO VARO REQUERIDO POSTRAUMATICO - GONARTROSIS

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:

LIMITACION FUNCIONAL de CADERAS - HTA - DISLIPIDEMIA

(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 Parcial Permanente Temporaria

Porcentaje estimado: 70 %
(de incapacidad laboral)

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: USTHUA, 05 de ENERO de 20.09

Firma del médico actuante

Firma del médico actuante

Firma y sello del Director del Hospital

JOSE EDUARDO BOROBITC
Cra. Ma. José Lagos L. Médico. M. N. 61281
Médica (MN 96972)
Fiscalización Sanitaria
Firma y Sello del Fiscalización Sanitaria



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

Ministerio de Gobierno, Seguridad y Justicia
DIRECCIÓN PROVINCIAL de TRANSITO y
TRANSPORTE

CARNET PERSONA CON DISCAPACIDAD

TITULAR: VELAZQUEZ VELAZQUEZ, ANGELA
JUDITH

DNI Nº: 18.640.040

FECHA: 15 DE OCTUBRE DE 2013

VENCIMIENTO: 02 DE DICIEMBRE DE 2019

VIAJA SIN ACOMPAÑANTE

Daniel Antonio PERALTA
Director Operativo
de Transporte Terrestre Usual
Dirección Provincial de Tránsito y Transporte
M.G.J. y S

