

Ushuaia, miércoles 4 de Marzo de 2015 de 2015

Al Sr. Presidente del Consejo

Deliberante: Damián De Marco

S/D

Me dirijo a Ud. Con el objeto de que se me reserve un lugar exclusivo para estacionar, frente a mi domicilio (Indios Yamanas N°1142). El motivo de este pedido es porque tengo una hija con capacidades diferentes de 1 año y 4 meses de edad, ZOE AIMEE GRAMAJO, motivo DNI.53.464.505, la cual es propensa a enfermedades virales (broncoespasmo, bronquiolitis, etc.) .

Sin otro motivo y esperando una respuesta favorable me despido de Ud. Muy atte.

|                             |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA |                    |
| MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA |                    |
| ASUNTOS INGRESADOS          |                    |
| Fecha:                      | 04/03/15 Hs. 12:10 |
| Numero:                     | 55 Fojas: 3        |
| Expte. N°                   |                    |
| Grado:                      |                    |
| Recibido:                   |                    |

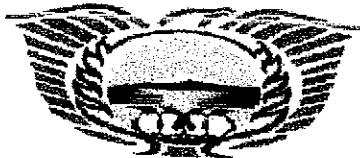
DELGADO DELMIRA CARMEN

D.N.I. 20.615.222

NOTA; Adjunto

Fotocopia de certificado de discapacidad

Fotocopia de DNI



00671039-5

CERTIFICADO N°: ARG-01-00053464505-20141230-20171230-FGO-285

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

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

APELLIDO Y NOMBRES: GRAMAJO ZOE AIMEE

TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - F - 53464505

N° CUIT/CUIL:

F/NACIMIENTO: 13/11/2013

**DIAGNOSTICO:** Retardo del desarrollo Síndrome de Down

**DIAGNOSTICO FUNCIONAL:**

**FUNCIONES CORPORALES:** b7366.2 b122.3 b167.3 b147.3

**ESTRUCTURAS CORPORALES:** s7702.280 s110.888

**ACTIVIDAD / PARTICIPACION:** d4401.12 d130.23 d4351.23 d839.01 d560.23 d7108.12 d4154.23 d550.23 d3350.12  
d135.23 d110.12

**FACTORES AMBIENTALES:** e5800.+4 e5502.+4 e410.+4 e360.+3 e5801.+4 e365.+3 e310.+3

**ORIENTACION PRESTACIONAL:**

- REHABILITACION.- ESTIMULACION TEMPRANA

**VENCIMIENTO:**

El presente certificado tiene validez hasta el: 30/12/2017

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

**ACOMPAÑANTE:**

"En los casos en que el tipo de discapacidad lo regulara, el pase indicará que también se cubra al acompañante."

Acompañante: SI

**LUGAR Y FECHA DE EMISION**

Ushuaia

Lugar:

Fecha emisión: 30/12/2014

**EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:**

Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

**PROFESIONAL**

DORAY Silvia Cristina

*Silvia Doray*  
Médica  
M.P. N° 84587 - M.P. N° 017  
Junta Evaluadora T.D.F.

Firma y sello

**PROFESIONAL**

RUBIO Elena

*Elena Rubio*  
Elena Patricia Rubio  
Lic. en Servicio Social  
M.P. N° 072  
Junta Evaluadora T.D.F.

Firma y sello

**PROFESIONAL**

MARURI FOSS María Alejandra

*María Foss*  
M. Alejandra Maruri Foss  
Lic. en Psicología  
M.P. N° 09-128  
Junta Evaluadora T.D.F.

Firma y sello

2493684585

consulte la página WEB: www.discapacidad.gov.ar

