

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	08/10/14 Hs. 12:33
Numero:	814 Fojas: 7
Expte. N°	101/2014
Girado:	
Recbido:	<i>[Firma]</i>

Ushuaia, 8 de octubre de 2015.-
LEG 3115

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 Santiago del Estero 2358 del Barrio La Cumbre lugar donde reside mi marido Fagundez Juan Marcelo, Documento Nacional de Identidad N° 23.528.081, debido a que presenta un 70% de discapacidad, siendo las patologias que presenta de evolucion progresiva.

En la actualidad cuenta con movilidad reducida y muchas veces recurre la ambulancia a mi domicilio y les resulta dificultoso asistirlo, puesto que en el frente de mi domicilio siempre hay autos estacionados y vehiculos chatarras abandonados; al mismo tiempo que cuando necesito trasladarlo debo estacionar el auto en doble fila dificultando la asistencia a mi marido, generando asi riesgo de golpes o quebraduras.

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), debido a que el único sosten de familia soy yo.

Adjunto copia de los certificados de discapacidad de mi marido y copia del Documento Nacional de Identidad.

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

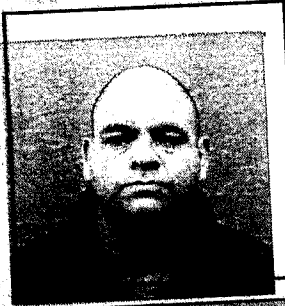

Morinigo Susana Eva
23.258.984

4551 3449
435037



LA CORRECTA UTILIZACION QUEDARA SUPEDITADA A LO QUE
DISPONGAN LAS JURISDICCIONES MUNICIPALES Y LAS
NORMAS DE TRANSITO. (ART. 17 INC 2º DECRETO 1313/99)

DOCUMENTACION INTRANSFERIBLE



APELLIDO: FAGUNDEZ JONJIC
NOMBRE: JUAN MARCELO
DIRECCIÓN: SANTIAGO DEL ESTERO 2358
LOCALIDAD: Ushuaia
PROVINCIA: TIERRA DEL FUEGO
DOC.TIPO y Nº: D.N.I. - M - 23528081
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Nº: 4505528227

EL PRESENTE SIMBOLO RESULTA VALIDO UNICAMENTE CUANDO LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SE
ENCUENTRA A BORDO DEL VEHICULO



Ministerio de Salud
Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Servicio Nacional de Rehabilitación

SIMBOLO INTERNACIONAL DE ACCESO
Ley 19279, sus modificatorias y Decreto 1313/93
SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION
REPUBLICA ARGENTINA

NCI SC SA 15 15007

108279



Maria Fernanda Natale
Legajo 400332
DIRECCION DE REHABILITACION
FIRMA Y SELLO DE AUTORIDAD COMPETENTE

ACREDITA DERECHO A LIBRE TRANSITO Y ESTACIONAMIENTO
PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

VALIDO HASTA
02/07/2018



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Ley N° 22.431

00671219-1

APELLIDO FAGUNDEZ JONJIC
NOMBRES JUAN MARGELO
D.N.I. - M - 23628081
TIPO/NRO DOCUMENTO
FECHA NACIMIENTO 08/01/1974
 Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuala
 EMITIDO POR



CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD

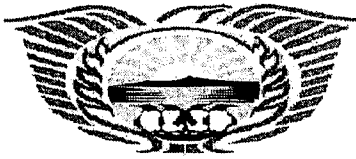


4505528227

NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

ARG-02-00023528081-20150702-20180702-FGO-285

FECHA EMISION 02/7/2015	FECHA VTO 02/7/2018	ACOMPAÑANTE SI
PROFESIONAL DORAY Silvia Cristina	PROFESIONAL FROLA Monica Patricia	PROFESIONAL RUBIO Elena
<i>Silvia Doray</i> Médica M.N. N° 04587 - M.P. N° 917 Junta Evaluadora T.D.F.	<i>Monica Patricia Frola</i> Lic. en Fonoaudiología M.P. N° LEN. 11 Junta Evaluadora T.D.F.	<i>Elena Patricia Rubio</i> Lic. en Servicio Social M.P. N° 072 Junta Evaluadora T.D.F.



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

00671219-1

CERTIFICADO N°:

ARG-02-00023528081-20150702-20180702-FGO-285

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

APELLIDO Y NOMBRES: FAGUNDEZ JONJIC JUAN MARCELO

TIPO Y NRO DOC.: D.N.I. - M - 23528081

N° CUIT/CUIL: -----

F/NACIMIENTO: 08/1/1974

DIAGNOSTICO:

Otros síntomas y signos que involucran los sistemas nervioso y osteomuscular y los no especificados Polineuropatía en enfermedad neoplásica (C00-D48+)

DIAGNOSTICO FUNCIONAL:

FUNCIONES CORPORALES: b4558.2 b7100.2 b7306.2 b740.2 b265.3

ESTRUCTURAS CORPORALES: s7202.872 s1108.888

ACTIVIDAD / PARTICIPACION:

d845.44 d6200.23 d870.14 d2100.23 d415.23 d9208.23 d540.23 d240.22 d510.23
d630.23 d440.33 d430.23 d570.23

FACTORES AMBIENTALES:

e310.+4 e5801.+4 e5800.+3 e410.+3 e1101.+2

ORIENTACION PRESTACIONAL:

- REHABILITACION

VENCIMIENTO:

El presente certificado tiene validez hasta el: 02/7/2018

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: 02/7/2015

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° 84697 - M.P. N° 917
Junta Evaluadora T.D.F.
Firma y sello

PROFESIONAL

FROLA Monica Patricia

Monica Patricia Frola
Lic. en Fonoaudiología
M.P. N° L.F.N. 11
Junta Evaluadora T.D.F.
Firma y sello

PROFESIONAL

RUBIO Elena

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



4505526227

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



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

CERTIFICADO MEDICO OFICIAL

Lugar y Fecha. Ushuiz, 15 de Julio
de 2015

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

FABUNDEZ JONJIC JUAN MARCELO

D.N.I. N° 23.528.081 C.I. N°

I.C.N. L.E. N°

DOMICILIO PARTICULAR

Calle Santiago del Estero Piso.....Dpto.....Entre calle..... y

2358

Calle..... Barrio La Cumbre Localidad... Ushuiz

Provincia TDF CP. 9410 Teléfono... 15603792

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

Saludo a Ud. atentamente.

Firma y sello del Responsable

Director de Especialización Sanitaria



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

Del Padrón de Médicos autorizados por este Servicio a:

FAGUNDEZ JUAN MARCELO HC 23.528.081
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

**Polineuropatía en Enfermedad reoideológica
Linfoma Hodgkin - Cr. de tirasidas**

Amorfoseos totales

quemaduras - entumescer neurodermatis

- Al presente certificado médico deberá adjuntarse:
- Resumen de historia clínica
 - Exámenes de laboratorio actualizados.
 - Tratamientos realizados

(Indicar ocupación o no relación con la enfermedad principal)

- V. ¿Hay incapacidad para el desempeño de sus tareas laborales habituales? Si No
- Z. En caso de menores, ¿hay incapacidad para el auto desarrollo acorde a la edad? Si No

- VI. La incapacidad es:
- Física Parcialmente Porcentaje estimado: **70** %
 - Mental (de incapacidad laboral)

- II. La incapacidad es de orden predominantemente:
- Física Físico y Mental
 - Mental
- III. En caso de ser una incapacidad de orden físico, ¿a qué tipo corresponde?
- Motor Visual
 - Visceral Auditivo

X. Si la discapacidad es mental y el solicitante tiene 21 años o más, deberá indicar si considera que puede gestionar la curatela (designación de un representante legal en caso de solicitantes ajenos a menores de edad):

SI NO

¿Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnóstico de incapacidad? SI NO

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

II. Tiempo estimado para una nueva evaluación:

2 años 5 años 10 años

lugar y fecha: **Ushuaia, 15 de julio de 2015.**

Firma del Médico **Dr. Erico Manrique T.**
Especialista en Medicina Legal
M.M. N° 97715

Firma y sello del Médico **Italo Adrián Colla**
Esp. en Traumatología -
Medicina del Trabajo - M.M. 10077 - M.M. 485

Firma y sello del Director General **Dr. ERICO MANRIQUET T.**
Director General
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria
Se otorga los honores de los profesionales de la profesión

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO
CUMPLE LOS 16 AÑOS, EL DÍA:

Sello Firma Jefe Of. Secc.

La presentación del documento nacional de identidad, expedido por el Registro Nacional de las Personas, será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad, cualquiera fuere su naturaleza y origen.

Art. 13 - Ley 17.671.

Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente Ley, están obligados a comunicar en las oficinas seccionales, consulares o que se habiliten como tales, el "cambio de domicilio", dentro de los treinta días de haberse producido la novedad.

Art. 47 - Ley 17.671.

MERCOSUR
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
DE LAS PERSONAS (para el hombre o la mujer o el soltero)

NO MIERES
FAGUNDEZ JORDIC

CLASE
SEXO
1944 Varón



NÚMERO DE DOCUMENTO
13538081

NACIONALIDAD
Argentino



10850301179742

GAMBIOS DE DOMICILIO

Calle: SANTIAGO DEL ESTERO
Nº: 2358 Piso: Dpto:
Ciudad o Pueblo: Ushuiz
Part. o Dpto.: Ushuiz
Barrio: Monoblock:
Provincia: T.D.F. Of. Ident.
Fecha: 02-02-09 MARIA A. ROSA
Sello Director
Registro Civil Ushuiz

Calle: _____
Nº: _____ Piso: _____ Dpto: _____
Ciudad o Pueblo: _____
Part. o Dpto.: _____ Monoblock: _____
Barrio: _____ Of. Ident. _____
Fecha: _____
Sello _____
Firma _____

GAMBIOS DE DOMICILIO

Calle: _____
Nº: _____ Piso: _____ Dpto: _____
Ciudad o Pueblo: _____
Part. o Dpto.: _____ Monoblock: _____
Barrio: _____ Of. Ident. _____
Provincia: _____ Of. Ident. _____
Fecha: _____
Sello _____
Firma _____

Calle: _____
Nº: _____ Piso: _____ Dpto: _____
Ciudad o Pueblo: _____
Part. o Dpto.: _____ Monoblock: _____
Barrio: _____ Of. Ident. _____
Provincia: _____ Of. Ident. _____
Fecha: _____
Sello _____
Firma _____