



**Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia**

08/09/17 12-15
1218 20

OP

NOTA N°: 164
LETRA: E.Co.S.

USHUAIA, 8 de Septiembre de 2017.-

Sr. Presidente
Concejo Deliberante de Ushuaia
Don Juan Carlos PINO
S _____ / _____ D

Por medio de la presente me dirijo a Ud. a los efectos de incorporar al Boletín de Asuntos Entrados de la próxima Sesión Ordinaria, el siguiente Proyecto de Minuta de Comunicación, solicitando al D.E.M. que evalúe la factibilidad de dar continuidad a la eximición del pago del impuesto inmobiliario urbano y de las tasas municipales al señor José Víctor MUÑOZ VERA, D.N.I. N° 18.741.880, adjudicatario del inmueble identificado catastralmente como sección L, macizo 51, parcela 16, de la ciudad de Ushuaia.

Los fundamentos son los esgrimidos en el texto resolutivo, al cual se adjunta documentación respaldatoria.

**Silvio Bocchicchio
Concejal E.Co.S.
Concejo Deliberante Ushuaia**



*Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia*

MINUTA DE COMUNICACIÓN

En mi carácter de Presidente del Concejo Deliberante de la Ciudad de Ushuaia y por mandato de los Señores Concejales tengo el agrado de dirigirme al Sr. Intendente Municipal, Don Walter Vuoto a los efectos de solicitarle tome intervención y evalúe la factibilidad de dar continuidad a la eximición del pago del impuesto inmobiliario y tasa general por servicios municipales, al señor José Víctor MUÑOZ VERA, D.N.I. N° 18.741.880, adjudicatario del inmueble identificado catastralmente como sección L, macizo 51, parcela 16, de la ciudad de Ushuaia.

Los integrantes de la familia que ocupan el mencionado domicilio padecen diversas discapacidades, lo cual implica que gran parte de los ingresos familiares deben ser destinados a tratamientos, remedios, estudios médicos, traslados, etc. Estos cargos suelen ser desequilibrantes para una familia cuando cualquiera de sus integrantes debe afrontarlos, por ello, este caso reviste aún mayor delicadeza, dado que tres de sus integrantes padecen inconvenientes médicos.

En el año 2007 el Intendente Jorge Garramuño dictó el decreto 536/2007 por el cual se eximía del pago del impuesto inmobiliario y tasa general por servicios municipales al inmueble destinado a vivienda unifamiliar identificado catastralmente como sección L, macizo 51, parcela 16 del señor José Víctor MUÑOZ VERA.

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser la del presidente del concejo.



***Concejo Deliberante
de la Ciudad de Ushuaia***

Sin embargo, el Sr. Muñoz Vera expresa que en el corriente año, por motivos que desconoce, el municipio comenzó a computarle deuda por impuesto inmobiliario y tasa general por servicios municipales de la mencionada vivienda.

Sin otro particular, lo saludo muy atte.

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser "S. Bocchicchio", con un estilo cursivo y fluido.

**Silvio Bocchicchio
Concejal E.Co.S.
Concejo Deliberante Ushuaia**



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
→ República Argentina =
MUNICIPALIDAD DE USHUAIA

ES COPIA DEL ORIGINAL

Miguel J. García E.
Jefe de Despacho Gral
D.L.T. y D.G. - A.L.M.
Municipalidad de Ushuaia

USHUAIA, 27 ABR 2007

VISTO el expediente S.H. N° 9499/2006, del registro de esta Municipalidad; y
CONSIDERANDO:

Que mediante el mismo tramita la solicitud presentada por el señor José Víctor MUÑOZ VERA, D.N.I. N° 18.741.880, en su condición de pensionado, a los fines que se lo exima del pago del impuesto inmobiliario y tasa general por servicios municipales, que recaen sobre el inmueble único identificado catastralmente como sección L, macizo 51, parcela 16, de la ciudad de Ushuaia.

Que el mencionado contribuyente ha cumplido con los requisitos exigidos por esta Municipalidad y se ha procedido a la verificación de la autenticidad de la documentación presentada.

Que la exención del pago del impuesto inmobiliario y la tasa general por servicios municipales a aquellos contribuyentes que se hayan acogido al régimen de jubilaciones y/o pensiones, se encuadra en lo previsto en los artículos 164° inc. d) y 176° inc. 4) de la Ordenanza Fiscal 1507 y sus modificatorias.

Que el suscripto se encuentra facultado para el dictado del presente acto administrativo, en virtud de lo dispuesto en el artículo 152° inc. 1) de la Carta Orgánica Municipal de la ciudad de Ushuaia, en concordancia con los artículos 4° y 91° de la Ordenanza Fiscal vigente.

Por ello:

EL INTENDENTE MUNICIPAL DE USHUAIA

DECRETA

ARTICULO 1°.- Eximir del pago del impuesto inmobiliario y tasa general por servicios municipales, a partir de la cuota 1° del año 2007, al señor José Víctor MUÑOZ VERA, D.N.I. N° 18.741.880, en su condición de pensionado, adjudicatario del inmueble identificado catastralmente como sección L, macizo 51, parcela 16, de la ciudad de Ushuaia, hasta tanto se produzca algún cambio que signifique variar las condiciones que dan lugar al presente. Ello, por los motivos expuestos en el exordio.

ARTICULO 2°.- Notificar al beneficiario del presente con copia autenticada, haciéndole saber que de acuerdo al artículo 26° de la Ordenanza Fiscal vigente está obligada a declarar dentro de los veinte (20) días de producido cualquier cambio que signifique variar las condiciones que dan lugar a la exención. La omisión de la declaración establecida precedentemente, hará pasible al responsable de una multa por incumplimiento de los deberes formales, sin perjuicio de las sanciones que correspondan por evasión y el pago de los gravámenes e intereses adeudados.

ARTICULO 3°.- Comunicar a la Dirección General de Rentas y a quienes corresponda. Dar al Boletín Oficial de la Municipalidad de Ushuaia y archivar.

DECRETO MUNICIPAL N° 536 / 2007.-

s.m.

MONICA S. URQUIZA
Secretaría de Hacienda y Finanzas
Municipalidad de Ushuaia

Jorge G. GARRAMUNO
Intendente
Municipalidad de Ushuaia

MO

1258 - 5/20

DUPLICADO

Nacido/a el 8.12.50 en Osvaldo
 Part. o Dpto. Magallanes Provincia: Chile

Nación: Chile

DOMICILIO:
 Calle: Sec. A No. 51 P.O. 16 No. 1613
 Piso: Dptor Monoblock:
 Ciudad o Pueblo: Ushwala Barrio:
 Part. o Dpto.: 1313 Provincia: T. P. 1313
 Oficina Ident.:

Identif. el día: 1/6/90 Fecha de expiración:
 No. de CUIT o CUIL (si corresponde):
 Firma del interesado: WILKA B. PEREYRA
 Jefe Dependencia: [Signature]
 Registro Civil Ushwala

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Naturalizado/a el 1 de Junio
 de 19 90

Certificado de ciudadanía expedido por el
 Juzgado fed. de 1313 del T. P. 1313
 Secretaria No. Dr. José Dr. Oscar Es.

ROSA

Sello
ROSA MARI ALTHOFF
 Firma Autorizada - Anexo 13
 Resolución RFP No. 779/97

Firma

DUPLICADO

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 comunicarla en las oficinas, seccionales o consulares o que se habiliten como tales, el "cambio de domicilio", dentro de los treinta días de haberse producido la novedad.
 Ley 17.671.

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDAD
 MERCOSUR

SEXO: Mujer
 CLASE: Mujer
 NOMBRES: [Redacted]
 NÚMERO DE DOCUMENTO: [Redacted]
 NACIONALIDAD: Argentino

1090104719513

LEY 17671



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

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha... *Ushuaia 31/01/2012*

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>MUÑOZ VERA JOSE</i> | |
| D.N.I. N° <i>18.441.880</i> | C.I. N° |
| L.C. N° | L.E. N° |
| DOMICILIO PARTICULAR | |
| Calle.....N°.....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.

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:

Jose Muñoz Vera DNI N° 18.741.980
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

*Hipertensión arterial, Coronariopatía como estado latente
Espondilostenosis*

II. Tipo y grado de secuelas clínicas de la misma:

Modesto

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

- Resumen de historia clínica
- Exámenes de laboratorio actualizado
- Tratamiento Indicado

III. Otras enfermedades:

(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: 60 %
(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: *Ushuaia 31 de enero* de 20*12*

Jorge Luis Olivo
Especialista en Medicina Legal
M. N. N° 91715
Firma del médico actuante

Emilia Castro
M. N. N° 245
Firma del médico actuante

DR. JORGE LUIS OLIVO
M.M.203 M.N.79235
DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL REG USHUAIA

Firma y sello del Director del Hospital

Emilia Castro
Dra. MAZZOTTA Graciela
Dir. Provincial de Fiscalización
y Regulación Sanitaria A/H
Firma y sello del Fiscalización Sanitaria



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

MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Fiscalización Sanitaria

CERTIFICADO N°: 3453

ART. 3° LEY PROVINCIAL N° 48 USHUAIA, 19 de ENERO de 2011

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: MUNOZ VERA JOSE VICTOR
 DNI-LE-LC-CIN: 18741880 Edad: 60a Sexo: Male
 Fecha de nacimiento: 08/12/1950 Estado civil: Casado
 Domicilio: Casa de Honor N° 3880 Localidad: Ushuaia
 Provincia: Tierra del Fuego
 Causa del daño (diag. final o presuntivo): Lesión degenerativa lumbar, fractura
 sin desplazamiento, SDH Hombro derecho

DEFICIENCIA: 70.51 - 71.0 - 71.6

DISCAPACIDAD: 44 - 56 - 52 - 71.1 -

DESVENTAJA: 1.0 - 2.0 - 3.1 -

| Apto para actividades | Grado de Complejidad | | |
|-----------------------|--|---------|--------|
| | Máxima | Mediana | Minima |
| Prácticas | | X | |
| Intelectuales | X | | |
| Sociales | X | | |
| Deportivas | | | X |
| Observaciones: | Puede desarrollar actividades que no demanden el fuerzo de su col lumbar incluyendo laborales | | |

(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., des.v y minusv.)

Validez del certificado:

Permanente (válido por 10 años) Temporario Válido hasta el 19/01/21
 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 PARA LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

GUILLERMO BROWNE
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
M.N. 305 M.M. 62100
HRU

Dr. JUAN LUCAS GOMEZ
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
M.N. 10593 M.M. 226 593 M.M. 11113
HRU

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 93840 M.M. 565
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.





G.C.B.A.

PEDIDO DE INTERCONSULTA Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS

(Instructivo en Boletín del Día N° 4888)

| | | |
|------------------------|----------|------------|
| 1) Apellido y nombres: | | 2) H.C. N° |
| 3) Servicio: | 4) Sala: | 5) Cama N° |

6) PEDIDO DE CONSULTA A Ropey Judith
MÉDICO Y/O SERVICIO

7) Procedimiento o examen solicitado:
Resumen clínico que se por mi caso de HTE benigno (volumen leve/intermed) 2007. Depues de resolver mi caso de

8) Resumen clínico:
lofala y glocorno. Sin trastorno específico por el motivo que llevo a lo que se. Depues de resolver mi caso de

9) Fecha 10/2/12 10) Hora 10:30 11) Firma del médico consultante y sello aclaratorio

INFORME DE CONSULTA

12) Procedimiento o examen efectuado:

[Handwritten Signature]
Dr. MARCELO ACUNA
Médico Neurocirujano
MAT 68277
8/2/12

13) Diagnóstico y recomendaciones:

[Handwritten mark]

- 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.





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

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Dirección de Fiscalización Sanitaria Zona 2

CERTIFICADO Nº. ...16.51...

ART. 3º LEY PROVINCIAL Nº 48

USHUAIA, 1º de FEBRERO de 2005

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: LOPEZ TORRES, JUDITH

DNI - LE - LC - CI Nº * 18.840.084 Edad: Sexo: F

Fecha de nacimiento: 07/07/71 Estado civil:

Domicilio: Localidad: U.S.HUAIA

Provincia: T. DEL FUEGO

Causa del daño (diag. final o presuntivo) DESCONOCIDO

DEFICIENCIA: 21.3 70.64 93.3

DISCAPACIDAD: 4.44 70.6

DESVENTAJA: 3.1 6.5

| Apto para Actividades | Grado de Complejidad | | |
|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| | Máxima | Mediana | Minima |
| Prácticas | X | | |
| Intelectuales | X | | |
| Sociales | X | | |
| Deportivas | | | X |

Observaciones: Digo DNI 18.840.084

Maria José Lagos Lamas
Médico Generalista de
U.S.HUAIA
Fiscalización Sanitaria

(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., dev. y m...)

Validez del certificado:

Permanente (válido por 10 años) Temporal Válido hasta el 1/2/2015

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 PARA LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

MARIO E. MOLINARI
Médico
Mat. Nac Nº 47.477

Dr. A. C. SAVULSKY
M.N. 33465
Div. Fiscalización
Sanitaria - Ushuaia
S.S. Ministerio de Salud

Firma del Presidente de la Junta Médica

Firma de la Autoridad Sanitaria



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

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha. *Ashuero 21/4/2011*

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>Lopez Rojas Judith</i> | |
| D.N.I. N° <i>18.840.084</i> | C.I. N° |
| L.C. N° | L.E. N° |
| DOMICILIO PARTICULAR | |
| Calle <i>Coba de Hornos</i> N° <i>3850</i> Piso..... Dpto..... Entre calle..... y | |
| Calle..... | Barrio <i>Bello Voto</i> Localidad <i>Ashuero</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.

Firma y selló 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:

Wopez Cornes Juditha DMI N° 18.840.084

(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

*Obesidad de 3° - Hipotiroidismo Síndrome de
síndrome hinc vacío - Volvulo de derivación*

II. Tipo y grado de secuelas clínicas de la misma:

Residual

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

Resumen de historia clínica

Exámenes de laboratorio actualizado

Tratamiento Indicado

III. Otras enfermedades:

(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

Temporal

Porcentaje estimado: *33,4%*
(de incapacidad laboral) *(treinta y tres)*

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 diagnóstico 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: *Asturo 21 de Julio*

de 20*11*

[Firma]
Especialista en ...
M. N. N° 91715...

Firma del médico actuante

Firma del médico actuante

[Firma]

Firma y sello del Director General
DR. MANRIQUE
DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL REGIONAL DE ...

[Firma]
Dra. MAZZOTTA Graciela
Dir. Provincial de Inspección
y Registros Sanitaria M¹

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria



Lic. Mónica Froja
Directora de Discapacidad
Sub. de Política de Formación e Inclusión
Ministerio de Salud T.D.F.

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

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha... *Ushuaia*

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>Muñoz Lopez José</i> | |
| D.N.I. N° <i>30 452 704</i> | C.I. N° |
| L.C. N° | L.E. N° |
| DOMICILIO PARTICULAR | |
| Calle <i>Cas. P.O. 123</i> N° <i>388</i> Piso.....Dpto.....Entre calle.....Y | |
| Calle..... | Barrio <i>Bella Vista</i> Localidad <i>Ushuaia</i> |
| Provincia <i>Tierra del Fuego</i> | CP <i>9410</i> Teléfono <i>44 5600</i> |

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

Saludo a Ud. atentamente.

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 93840 M.M. 563
M. Labora. 6543

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:

LOPEZ LOPEZ JOSE DNI N° 36452467
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

Retraso mental profundo para Bonum Novum.

II. Tipo y grado de secuelas clínicas de la misma:

Profundo

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

- Resumen de historia clínica
- Exámenes de laboratorio actualizado
- Tratamiento Indicado

III. Otras enfermedades:

Ninguna otra enfermedad

(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 Permanente Porcentaje estimado: *70 %*
 Parcial Temporal (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) *Edad: 18 años*

SI NO

X. ¿Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnóstico 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:

Ushuaia 21 Julio
Medina
Español N.º 9715

Firma del médico actuante

Sanora Emilia Castro
Medicina Laboral
M.M. 245

de 20...
ESTEBAN E. CAVALIERE
Médico Esp. Geriátrica
E.S. Malvinas del Sur
N.º 303

Firma del médico actuante

DR. JORGE LUIS OLIVO
DIRECTOR GENERAL
M.M. 203 - M.N. 79255
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Firma y sello del Director del Hospital

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria

1258 - 18/20



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

27 MAR 2007

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 93848 M.M. 505
M. Laboral 6345

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Dirección de Fiscalización Sanitaria Zona 2

CERTIFICADO Nº. 1465-

ART. 3º LEY PROVINCIAL Nº 48

USHUAIA, 09 de JUNIO de 2005

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: MUÑOZ JOSÉ GERARDO
DNI - LE - LC - CI Nº 36452767 Edad: 13 años Sexo: Masculino
Fecha de nacimiento: 18 / 12 / 91 Estado civil: Soltero
Domicilio: CABO DE HORNO 3820 Localidad: USHUALA
Provincia TIERRA DEL FUEGO
Causa del daño (diag. final o presuntivo) trastornos del aprendizaje y la conducta

DEFICIENCIA: 1/13/2/24/24.0/24.1

DISCAPACIDAD: 1/15/16

DESVENTAJA: 2/3

| 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., desv. y minusv.)

Validez del certificado:

Permanente (válido por 10 años) Temporario Válido hasta el 09/06/2015

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 PARA LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

Firma del Presidente de la Junta Médica
Dr. Timoteo Miguel A. Pedraza - P.R.U.
M.N. 74425

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.

no

2

Nació/a el 19/12/91 en Ushuaia
 Part. o Dpto.: Argentina Provincia: T. Ego
 DOMICILIO:
 Calle: Cabo de Hornos No. 3880
 Piso: 1 Dpto.: Ushuaia Monteblock:
 Ciudad o Pueblo: Ushuaia Barrio:
 Part. o Dpto.: T. Ego Provincia: T. Ego
 Oficina Ident.: 1718
 Identif. el día: 11/9/08 Fecha de emisión de placas:
 No de CURP o CUIL (si corresponde):
 Firma del interesado: *[Firma]*
 Jefe de Of. Reg. Nac. de Identidad
 Jefe de Of. Reg. Nac. de Identidad
 Jefe de Of. Reg. Nac. de Identidad

3

Sello

Secretaría No. _____
 Juzgado _____
 Certificado de ciudadanía expedido por el _____
 de _____
 de _____
 Naturizador/a el _____ de _____
PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

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

Sello _____ Firma Jefe Of. Sec. _____

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
 REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDAD
 (es mujer al de soltera)
MUNOZ LOPEZ
 NOMBRES
Jose
 CLASE **General**
 SEXO **Varón**
 CLASE **1691**
 S.M.
 NÚMERO DE DOCUMENTO **26.452.767**
 NACIONALIDAD **Argentina**
 1317078575502
 1317078575502
 1317078575502

-1-

[Handwritten signature]