

USHUAIA 16 MARZO DEL 2017

SR. PRESIDENTE DEL CONCEJO

CONCEJO DELIBERANTE DE LA CIUDAD USHUAIA.

CONCEJAL: JUAN CARLOS PINO

S...../.....D

Concejo Deliberante de Ushuaia	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	16/03/17 No. 11.39
Numero:	252 Folios: 13
Expte. N°	
Girado:	
Recibido:	<i>[Signature]</i>

De mi mayor consideración, tengo el agrado de dirigirme a Ustedes. Con el motivo y a los efectos de solicitar una entrevista o audiencia con el Sr. PRESIDENTE del Concejo Deliberante, para una fuente laboral y dialogar referente a mi situación económica y problema de mi salud que estoy padeciendo en esta bella ciudad.

El motivo es que me encuentro en una situación riesgosa con mi DISCAPACIDAD, por mi enfermedad y al no tener trabajo, necesitaría estar ocupado en un puesto laboral por la ORDENANZA DEL 15/03/2017, que se APROBO POR TODOS LAS MAYORIAS DE LOS CONCEJALES POR MI DISCAPACIDAD.

Estoy amparado y protegido por la LEY N° 48, necesito como vecino y por la LEY N° 48 de mi DISCAPACIDAD que considere mi petición para que el estado me resguarde mi salud con una fuente laboral con la posibilidad de estar en la MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE USHUAIA o en el CONCEJO DELIBERANTE como ADMINISTRATIVO o de LIMPIEZA según mi curriculum y respetar las ORDENANZA DE TODOS LOS CONCEJALES.

Sin mas y a la espera de una respuesta favorable le saludo muy atte a todos.

*celular*  
15561528  
&  
443487

*[Signature]*  
Rodríguez Hector  
26.730.915.  
Dir: Celular 1167.

10 MAR. 2017



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

CERTIFICADO N°: ARG-02-00026730915-20160524-20260524-EGO-285

00671577-9

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

<b>APELLIDO Y NOMBRES:</b>	RODRIGUEZ HECTOR ROLANDO		
<b>TIPO Y NRO DOC.:</b>	D.N.I. - M - 26730915	<b>N° CUIT/CUIL:</b>	-----
		<b>F/NACIMIENTO:</b>	08/7/1978

**DIAGNOSTICO:** Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física. Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral. Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], resultante en otras enfermedades específicas.

**DIAGNOSTICO FUNCIONAL:**

**FUNCIONES CORPORALES:** b160.2 b126.3 b130.3

**ESTRUCTURAS CORPORALES:** s110.888

**ACTIVIDAD PARTICIPACION:** d175.23 d240.23 d730.13 d740.23 d610.33 d7102.23 d870.34 d620.23 d570.33 d230.23 d845.34 d177.23 d163.23 d9205.23

**FACTORES AMBIENTALES:** e310.+2 e420.+3 e1101.+2 e5800.+3 e320.+4 e410.+2 e355.+3

**ORIENTACION PRESTACIONAL:** REHABILITACION

**PERIODO DE VALIDEZ:** El presente certificado tiene validez hasta el: 24/5/2026

*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 cubre al acompañante."

**Acompañante:** SI

**LUGAR Y FECHA DE EMISION:** Ushuaia

**Lugar:** Ushuaia **Fecha emisión:** 24/5/2016

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

<b>PROFESIONAL</b> DORAY Silvia Cristina Silvia Doray Médica M.N. N° 84597 - M.P. N° 917 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	<b>PROFESIONAL</b> MARURI FOSS Maria Alejandra M. Alejandra Maruri Foss Lic. en Psicología M.P. N° PS-120 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello	<b>PROFESIONAL</b> VEGA Alicia Cristina Alicia Cristina VEGA Lic. en Trabajo Social M.P. N° 180 Junta Evaluadora T.D.F. Firma y sello
--	---	---

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



00671577-9

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**  
Ley N° 22.431

**APELLIDO** -----

**NOMBRES** HECTOR ROLANDO

**D.N.I. - M - 267** ----- **08/07/1978**

**TIPO/NRO DOCUMENTO** ----- **FECHA NACIMIENTO**

Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia

**EMITIDO POR** ----- **M.N. N°** ----- **JUNTA** -----

**CBD**  
CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD

3962962872

**NRO. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**  
ARG-02-00026730915-20160524-20260524-EGO-285

<b>FECHA EMISION</b> 24/5/2016	<b>FECHA VTO</b> 24/5/2026	<b>ACOMPANANTE</b> SI
<b>PROFESIONAL</b> DORAY Silvia Cristina	<b>PROFESIONAL</b> MARURI FOSS Maria Alejandra	<b>PROFESIONAL</b> VEGA Alicia Cristina

Silvia Doray Médica M.N. N° 84597 - M.P. N° 917 Junta Evaluadora T.D.F.

M. Alejandra Maruri Foss Lic. en Psicología M.P. N° PS-120 Junta Evaluadora T.D.F.

Alicia Cristina VEGA Lic. en Trabajo Social M.P. N° 180 Junta Evaluadora T.D.F.



REPUBLICA ARGENTINA  
MINISTERIO DE SALUD

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

RODRIGUEZ NEGRÓ NL 26.730.915

(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

Enfermedad GÓMEZ (deficiencia del sistema inmunológico) estadio I

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

síndrome cerebral orgánico de tipo I (grado II)

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 autodesarrollo acorde a la edad? Si  No

VI. La incapacidad es:

Total  Permanente  Porcentaje estimado: 40%  
 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   
Visceral  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: Ushuaia, 06 de Julio de 2016

Firma del médico actuante

*Nejo Adrián Colla*  
Especialista en Geriatria -  
Medicina del Trabajo HRU  
M.N. 100267 - M.M. 483

Firma del médico actuante

*Nuria Ramirez*  
Especialista en Medicina Legal  
M.N. N° 91715

Firma y sello del Director del Hospital  
Farm. Marta COZZARIN  
Director General  
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Firma y sello de la Subdirectora Sanitaria y Sanidad de Fronteras Zona Bahía S.P.G. y P.S. - M.S.  
*Nuria Ramirez*

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL



**CERTIFICADO MEDICO OFICIAL**

Ushuaia, ..... 29/06/2016 .....

Sr Director del Hospital

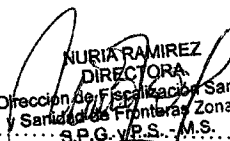
De mi mayor consideración:

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:

APELLIDO Y NOMBRES DEL/LA SOLICITANTE	
RODRIGUEZ HECTOR	
D.N.I. N°	26.730.915
L.C. N°	
C.I.N°	
L.E. N°	
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle:.....	Cariel N° 1167 Piso:..... Dpto:.....
Barrio:.....	Felipe Uvalde Localidad:..... Ushuaia
Provincia:.....	T. del Fuego CP: 9410 Telefono:..... 433787

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

Saludo atentamente.

  
**NURIA RAMIREZ**  
 DIRECTORA  
 Dirección de Fiscalización Sanitaria  
 y Sanidad de Fronteras Zona Sur  
 S.P.G. y P.S. - M.S.

Firma y sello del Responsable

Dirección de Fiscalización Sanitaria

**ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL**



C.A.D.R.H.U.

Centro Analista de Recursos Humanos Ushuaia  
Personería Jurídica N° "A" 790

# Certificado

*Se otorga el presente a*

***Hector Rolando Rodriguez***

*por su participación en carácter de "Asistente" a la 4° Jornada - Taller  
"Elaboración de Proyectos"  
realizada los días 23 y 24 de octubre de 2006, con una duración de  
doce (12) horas cátedras.*

*Ushuaia, 24 de octubre de 2006.*

*Lic. Marisol CARDENAS*  
Presidente  
Centro Analista RRHH Ushuaia

*Alejandro ROJO VIVOT*  
Expositor

*Ramiro C. CABALLERO*  
Secretario de Promoción Económica y Fiscal  
Gobierno de la Provincia de Tierra del Fuego