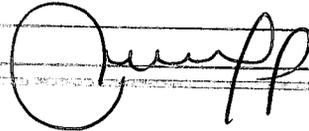


Señor

Presidente

Concejo Deliberante de Ushuaia

Concejal Juan Carlos Pino

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	04/09/19 He. 15.43
Numero:	752 Fojas: 8
Expte. Nº	
Grado:	
Recibido:	

Por medio de la presente tengo el agrado de dirigirme a usted, y por su intermedio al resto de los concejales, a efectos de solicitarle tenga a bien considerar y dar solución a un problema que me aflige y me deja sin posibilidad de trabajar, porque me encuentro excedido en el puntaje de Scoring que está previsto por las ordenanzas vigentes.

Lamento tener que molestar al Concejo Deliberante, pero soy sostén de familia y nuestro vehículo particular es clave para poder trabajar y llevar a cabo nuestra vida familiar.

Tal como consta en nota que acompaño, emitida por el Juzgado Municipal de Faltas no registro causas en trámite en ese Juzgado y me encuentro en condiciones fiscales aptas para acceder a la libreta de conducir.

Asimismo, aprobé el examen teórico y práctico dictado por la Dirección de Tránsito, en junio y agosto de 2019, tal como se deja constancia en información adjunta. Pero el sistema de scoring me impide acceder a la libreta de conducir.

Por tal motivo, señor Presidente, es que solicito al Concejo Deliberante el beneficio de una excepción a la ordenanza del Scoring para que pueda seguir desempeñando mi vida laboral y familiar, sin generar ninguna otra demanda que la posibilidad de valerme por mi propia cuenta.

Una contemplación del Concejo como la que solicito tiene antecedentes en las ordenanzas 5626, 5625, 5624, 5623, 5622, 5621, 5601, 5555, 5492, 5491, 5146 y 4522, por mencionar algunas, que tuvieron en cuenta situaciones idénticas a las que yo les planteo, las que fueron resueltas con gran sensibilidad por parte del Concejo.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable en la próxima sesión del 11 de septiembre, me despido de usted cordialmente.



Federico Ramírez Mejía

DNI 94.513.448

2901-611779

# CERTIFICACIÓN TEÓRICO - PRACTICO

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN **NO** HABILITA A CONDUCIR  
A VIGENCIA DEL CERTIFICADO ES DE 1 AÑO A PARTIR DEL INICIO DEL CURSO TEÓRICO

APELLIDO Y NOMBRE: Ramirez Mexia Federico

DNI: 94513448 TELÉFONO: 2901-611779

INICIO DE CURSO DEL 18.1.02.19 AL 21.1.02.19

INSTRUCTOR: E. Aguilar CATEGORÍA SOLICITADA: B.P.

## PARA SER COMPLETADO POR EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN VIAL

EXAMEN TEÓRICO		EXAMEN PRACTICO	
X	(D)	X	(D)
21.02.19	ANALIA E. MONTALDO Instructora Vial - Leg. N° 2563 Municipalidad de Ushuaia	07/08/2019	HS: 6
01.02.19	ANALIA E. MONTALDO Instructora Vial - Leg. N° 2563 Municipalidad de Ushuaia	09 AGO 2019	HS: 10:30
09.05.19	ANALIA E. MONTALDO Instructora Vial - Leg. N° 2563 Municipalidad de Ushuaia	A D	HS:
OBSERVACIONES			
USHUAIA, ...../...../..... Firma Jefe Depto. De Educación Vial.....			

Cota 20  
(11)  
(26)



150716

# SOLICITUD DE LICENCIA DE CONDUCIR

PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE CON CARÁCTER DE  
DECLARACIÓN JURADA Y EXAMEN PSICOFÍSICO

(Ley 24.449 y su modificatoria: Ley 26.363)

## DATOS PERSONALES:

Apellido/s (completos): Ramirez Meria  
 Nombre/s (completos): Federico  
 Lugar de Nacimiento: Sucre Fecha Nacimiento: 28.10.31.81  
 Edad: 38 años Nacionalidad: Boliviana Ocupación: Mantenimiento de Vías  
 Domicilio: Pasaje Urista al Mar Teléfono: 2901-611779

En cumplimiento a los requisitos exigibles por la normativa vigente (Ley N°24,449 y su modificatoria:  
Ley Nacional de Tránsito y Seguridad Vial N° 26.363 y Decretos reglamentarios, solicito licencia por:

1° vez  vencim.  ampliacion  deterioro  extravío  cambio jurisdic.

Licencia N° ..... Control N°: ..... Municipalidad: .....

Expedido: ...../...../..... Vencimiento:...../...../.....

PRINCIPIANTE	<input checked="" type="checkbox"/> PARTICULAR	PROFESIONAL
--------------	--	-------------

## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

El siguiente cuestionario debe ser completado de puño y letra del solicitante.  
 Todas las preguntas deben ser contestadas.  
 Si responde afirmativamente alguna pregunta, le solicitamos completar con toda la información posible.

1) ¿Padece usted de algún defecto físico, lesión o enfermedad?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Cuál/es?
2) ¿Toma usted habitualmente alguna medicación?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Cuál/es?
3) ¿Sufrió usted alguna vez de epilepsia, convulsiones, desmayos y/o parálisis?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Cuál/es?
4) ¿Sufrió usted alguna vez de vértigo, mareo o trastornos del equilibrio?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Cuál/es?
5) ¿Tiene dificultad de movimiento en alguna parte de su cuerpo?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿En cuál?
6) ¿Sufre o sufrió de hipertensión arterial, infarto de miocardio, angina de pecho o alguna otra afección del corazón?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Cuál?
7) ¿Le han colocado a usted marcapasos cardíaco o cardiodesfibrilador?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Motivo?
8) ¿Padece o padeció usted de asma o algún otro trastorno respiratorio?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Cuál?
9) ¿Sufrió usted de diabetes u otra enfermedad metabólica?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
			¿Cuál?
10) ¿Ha estado usted alguna vez internado?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Motivo/s?
11) ¿Ha sido usted operado alguna vez?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Motivo/s?
12) ¿Ha tenido usted enfermedades de la sangre o hemorragias?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Cuál?
13) ¿Tiene usted antecedentes de enfermedades psiquiátricas?			
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	¿Cuál?

En caso afirmativo responda si se encuentra en tratamiento actualmente

NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		Psicoterapia		Psicofármacos
----	-------------------------------------	----	--	--------------	--	---------------

14) ¿Sufró o sufrió de alcoholismo, abuso de drogas o sustancias adictivas?

NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		¿Cuál/es?
----	-------------------------------------	----	--	-----------

15) ¿Su visión es normal?

NO		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Por qué?
----	--	----	-------------------------------------	-----------

16) ¿Utiliza anteojos o lentes de contacto?

NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		¿Motivo?
----	-------------------------------------	----	--	----------

17) ¿Su audición es normal?

SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO		Utiliza audífono?
----	-------------------------------------	----	--	-------------------

18) ¿Tuvo o tiene usted colocado algún tipo de prótesis?

NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		¿En qué parte de su cuerpo?
----	-------------------------------------	----	--	-----------------------------

19) ¿Tiene algún tipo de alergia?

NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		¿Cuál?
----	-------------------------------------	----	--	--------

¿Desea que este dato figure en su licencia de conducir? NO - SI

20) ¿Padeció usted de HEPATITIS ?

NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		¿aclarar tipo?
----	-------------------------------------	----	--	----------------

21) ¿Padece usted de alguna afección/enfermedad que no figure en este cuestionario?

NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI		¿Cuál?
----	-------------------------------------	----	--	--------

Grupo Sanguíneo: .....  ..... Factor RH ..... + (POSITIVO) Donante 

SI		NO	<input checked="" type="checkbox"/>
----	--	----	-------------------------------------

**HE COMPRENDIDO EL CUESTIONARIO EN SU TOTALIDAD Y HE CONTESTADO EL MISMO CON LA VERDAD Y PLENAS FACULTADES MENTALES.**

*Federico Ramirez*  
 FIRMA Y ACLARACIÓN  
 D.N.I. N° 94513448

**EL EXAMEN MEDICO TIENE UNA VALIDEZ DE 30 DIAS CORRIDOS. PARA SER COMPLETADO POR EL EXAMINADOR MEDICO**

El médico que suscribe certifica que el titular de la presente, quien acredita identidad mediante DNI N° 94513448, se encuentra:

<input checked="" type="radio"/> APTO	<input type="radio"/> APTO CONDICIONAL	<input type="radio"/> NO APTO
---------------------------------------	--	-------------------------------

OBSERVACIONES: .....

Prótesis: .....

Anteojos 

SI		<input checked="" type="radio"/> NO
----	--	-------------------------------------

 Lentes de contacto 

SI		<input checked="" type="radio"/> NO
----	--	-------------------------------------

USHUAIA, 20/8/19

Dra Diana E. Bodasiuk  
 Medico  
 MN 085 MN 75365  
 Medicina del trabajo  
 firma y sello profesional

RECIBO N° .....	CONTROL N°: .....
RECIBO N° .....	CATEGORÍA/S: .....
RECIBO N° .....	FECHA: .....

RECIBÍ CONFORME: ..... Verificó: ..... Leg.: .....

la afectada en las  
 Envíe dinero sin pagar  
 recibirá minutos a cualquier parte del  
 ? Sabías que en pago Fácil puedes

**SEGURIDAD VIAL**



Ministerio de Transporte  
 Presidencia de la Nación

Boleta de pago N° 34836190

20-08-2019 09:15:50

Nombre y Apellido: RAMIREZ MEJIA, FEDERICO  
 Tipo y Nro. Documento: D.N.I.:94513448 Sexo: M  
 Centro Emisor: Ushuaia (Ushuaia)

Concepto	Importe
Formulario SAFIT - CENAT	\$ 240.00

El NO pago de la totalidad de los importes referenciados en la boleta de pago impedirá iniciar el trámite correspondiente a la Licencia Nacional de Conducir conforme lo establece la legislación de las jurisdicciones locales competentes.

Total a pagar \$ 240.00

Para información adicional comunicarse al 0800-122-2678 de 7hs a 19hs

Comprobante depositante

E-Pagos S.A.  
 Convenio de Recaudación N° 9690

Boleta de pago N° 34836190

20-08-2019 09:15:50

Nombre y Apellido: RAMIREZ MEJIA, FEDERICO  
 Tipo y Nro. Documento: D.N.I.:94513448 Sexo: M  
 Centro Emisor: Ushuaia (Ushuaia)

LINK: 20945134489  
 Pago Mis Cuentas: 209451344890000  
 Rapi Pago / Pago Facil / P. NET: 647308518

Vencimiento: 27-08-2019 Efectivo: \$ 240.00

Son pesos: Doscientos cuarenta



9890000350100000005406840201908270000000240000



Comprobante Banco

E-Pagos S.A.  
 Convenio de Recaudación N° 9690

Boleta de pago N° 34836190

20-08-2019 09:15:50

Nombre y Apellido: RAMIREZ MEJIA, FEDERICO  
 Tipo y Nro. Documento: D.N.I.:94513448 Sexo: M  
 Centro Emisor: Ushuaia (Ushuaia)

LINK: 20945134489  
 Pago Mis Cuentas: 209451344890000  
 Rapi Pago / Pago Facil / P. NET: 647308518

Vencimiento: 27-08-2019 Efectivo: \$ 240.00

Son pesos: Doscientos cuarenta



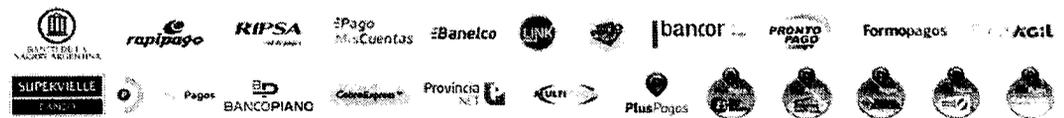
9890000350100000005406840201908270000000240000



Pagos procesados por



Entidades habilitadas para el pago:



Solo QR



**ANSES**

Fecha de Emisión: 20/08/2019

Fecha de Alta: 14/02/2011

**CONSTANCIA GRATUITA**MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL  
SISTEMA UNICO DE REGISTRO LABORALCUIL/CUIT: **20-94513448-9****RAMIREZ MEJIA FEDERICO**DOCUMENTO: **DU 94513448**

Ud. debe tener un único CUIL/CUIT. Esta Credencial debe ser exhibida para realizar cualquier trámite ante ANSES u otro organismo que le requiera su CUIL/CUIT. Los datos contenidos en la presente consulta, podrán certificarse accediendo a la página institucional [www.anses.gob.ar](http://www.anses.gob.ar). De acuerdo a lo dispuesto por la Resolución D.E. 76/09, la Constancia de CUIL/CUIT emitida a través de la Página WEB de ANSES NO requiere la autenticación con sello y firma de un agente de ANSES

Esta Constancia de CUIL/T no tiene vencimiento.

[www.anses.gob.ar](http://www.anses.gob.ar)ANSES 2.0  
MI ANSES MÓVIL  
EN SU CELULARANSES 2.0  
f t+ Mail



**PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO  
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR  
REPÚBLICA ARGENTINA  
JUZGADO ADMINISTRATIVO  
MUNICIPAL DE FALTAS  
USHUAIA - 25 de mayo 151  
C.P. 9410 - TE. 02901-423665  
www.ushuaia.gob.ar/juzgado-faltas  
juzgado.judiciales@ushuaia.gob.ar**

## **CONSTANCIA**

Se deja constancia que RAMÍREZ MEJÍA FEDERICO DNI 94513448 no registra Causas en trámite ante este Juzgado Administrativo Municipal de Faltas, habiendo suscripto plan de pago N° 62455/2019, con la Dirección General de Rentas Municipal, con fecha 02/07/2019 por multas impagas impuestas oportunamente.

Se extiende la presente a solicitud del interesado para ser presentado ante quien corresponda.

**LA PRESENTE UNICAMENTE SERA VÁLIDA POR 30 DÍAS CORRIDOS, PORTANDO ADJUNTO EL RESPECTIVO COMPROBANTE DE PAGO EMITIDO POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE RENTAS MUNICIPAL.**

Ushuaia, 20/08/2019

Andrea Lavori  
Juzgado Adm. Municipal de Faltas  
Ushuaia

