

Ushuaia, 30 SET. 2021

Concejo Deliberante:

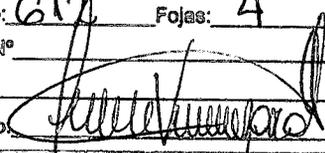
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D:

Por la presente me dirijo a Ud, y por su intermedio ante quien corresponda arbitrar los medios necesarios para gestionar un estacionamiento mediante ley N°389 para persona con Discapacidad, ya que mi hijo Carrizo Benjamín D.N.I N°50.074.078 cuenta Carnet de Discapacidad y yo me encuentro transitando una enfermedad prolongada que ante disgustos y /o angustias me provoca colapso y migrañas .Atento a lo solicitado informo que debo estacionar a tres cuadras de mi departamento sito en Barrio **245 ViV-Tira -16- 2° Piso- Dto-1** generando discordia con otros vecinos, por no contar con el lugar que me corresponde ya que se encuentra lleno y es imposible estacionar allí. Solicito mediar ante quien corresponda lo antes posible y atender a la necesidades de mi grupo familiar.

Sin más y a espera de una respuesta favorable me despido atte.

**Adjunto**

- Copia de Certificado de Discapacidad-Carrizo Benjamín
- Copia de D.N.I- Carrizo Benjamín
- Certificado médico-Carrizo Paola

CONCEJO DEL. SUPLENTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	30/09/21 Hs. 14.45
Numero:	617
Fojas:	4
Expte. N°	
Grado:	
Recibido:	

  
Carrizo Valeria

D.N.I-N° 25.740.444

Tel. 2901. 470820



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE



Apellido / Surname  
**CARRIZO**

Nombre / Name  
**BENJAMIN**

Sexo / Sex      Nacionalidad / Nationality      Ejemplar  
**M**      **ARGENTINA**      **A**

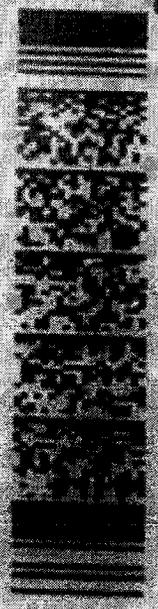
Fecha de nacimiento / Date of birth  
**04 JUL / JUL 2010**

Fecha de emisión / Date of issue  
**15 OCT / OCT 2015**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**04 JUL / JUL 2025**

Transita N° / Of Ident  
**00404333143**  
**8171**

Documento / Document  
**50.074.078**



FIRMA IDENTIFICADA / SIGNATURE



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE



Apellido / Surname  
**CARRIZO**

Nombre / Name  
**BAUSTISTA**

Sexo / Sex      Nacionalidad / Nationality      Ejemplar  
**M**      **ARGENTINA**      **A**

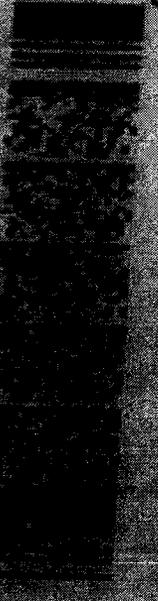
Fecha de nacimiento / Date of birth  
**04 JUL / JUL 2010**

Fecha de emisión / Date of issue  
**15 OCT / OCT 2015**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**04 JUL / JUL 2025**

Transita N° / Of Ident  
**00404333731**  
**8171**

Documento / Document  
**50.074.078**



FIRMA IDENTIFICADA / SIGNATURE

# CERTIFICADOS

N° 2009074078

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

N° CUIT/UA: 2059074078

Revisó mental no especificado Incontinencia fecal

## DIAGNÓSTICO FUNCIONAL:

LESIONES CORPORALES: 65563 + 6197 + 6167 + 2

LECTURAS CORPORALES: 65467 666 6110 268

VIDEO / PARTICIPACIÓN: 61750 23 60245 12 61374 25 65350 12 61301 47 6166 23 6820 22 6440 12 6850 12

ORDES ASISTENCIALES: 6356 + 3 618 + 6 1161 + 6 6562 + 4 6364 + 1

## TIPO DE PRESTACIONAL:

ESTACIONES DE REHABILITACION - PRESTACIONES EDUCATIVAS (NACIONALES) - SERVICIO DE APOYO INTEGRACION ESCOLAR

DOCUMENTO: 05/12030

## ASISTENTE:

SI En los casos que se produce el traslado del Guir positi oplos miba videro no b-ecompzono

## LUGAR Y FECHA DE EMISION:

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Fecha de emisión: 06/12/2008

## OTRO POR LA JUNTA EVALUADORA DE DISCAPACIDAD DE

servicio Nacional de Rehabilitación (Punto 10)

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
ALONSO Firma y Sello	LE CINTIA WALTERS Firma y Sello	MARISANA CORDOBA Firma y Sello
ALONSO SILVA Firma y Sello	TUSSI Cynthia Maria Firma y Sello	CORDOBA MARISANA Firma y Sello

N° 2009074078

## CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Logo of the National Institute of Rehabilitation (INR) and the National Council of Disability (CND). The text includes 'INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION' and 'CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDAD'. There are several handwritten signatures and stamps, including one that says 'RECIBIDO' and another that says 'FIRMA Y SELLO'.