

USHUAIA, 12 DE MAYO DE 2023  
SR PRESIDENTE JUAN CARLOS PINO

AL CONCEJO DELIBERANTE:

DE MI MAYOR CONDICIÓN

ME DIRIJO A UDS. A FIN DE SOLICITARLES EXCEPCION  
AL SCORIN P PARA RENOUAR LICENCIA DE CONDUCIR,  
RECURRO A UDS. YA QUE ME INFORMARON QUE ES EL UNICO  
ORGANISMO O AUTORIDAD COMPETENTE PARA REVERTIR O  
LEVANTAR DICHA SANCPN.

LAS INFRACCIONES NO FUERON  
COMETIDAS POR MI, SI TITULAR DEL VEHICULO, TAMPOCO  
TUVE ANTECEDENTES DE INFRACCIONES, ACTUALMENTE AL DIA  
CON IMPUESTOS COMO ASIMISMO LAS MULTAS IMPUESTAS  
ESTAN SIENDO ABONADAS POR PLAZA PAZO, COMO ASI TAMBIEN  
CONCURRI AL JUZGADO DE FALTAS Y PRESENTE  
CERTIFICADO DE APTITUD PSICO FISICA, CURSO DE  
REABRICACION VIAL A FIN DE TRAMITAR REABILITACION  
A SER DE CUMPLIMIENTO EFECTIVO ANTI TIEMPO Y FORMA  
ALO SOLICITADO EN SU MOMENTO.

SALUDO A UDS - ATTE Y  
VOLUO A LA ESFERA DE UNA RESPUESTA FAVORABLE

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA	
MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA	
ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	12 MAYO 2023 hs. 13:14
Numero:	229 Fojas: 6
Expe. N°	
Girado:	
Recibido:	JEREZ Dalana Ayelen

Legislación  
Concejo Deliberante Ushuaia

MARIA CRISTINA LEIZOLA  
DNI 4059077

ADJUNTO COPIA DE RESOLUCION Y CERTIFICADOS DE  
APTITUD PSICO FISICA

TELÉFONO F1 50444062  
Cel. 15488521

DOMICILIO 2001UT133 Dpto 4 1º piso

USHUAIA, 24 ENE 2023

**VISTO** el cumplimiento del cómputo de inhabilitación impuesta a la Señora MARIA CRISTINA GARCIA DNI 6359077, mediante Fallos JAMF Nros. 39892 recaído en Causa N° T-242799-0/2022/USHUAIA y 39166 emitido en Causa T-242548-0/2022;  
y

**CONSIDERANDO:**

Que el mismo es certificado por la suscripta en fecha 23/01/23 según consta a fojas 21.

Que también se agrega certificación formulada en la misma data y dando cuenta que los fallos condenatorios de mención en el Visto contienen ambos imposición de multa, habiendo suscripto dos (2) planes de pago en condición vigente y al día conforme surge de fojas 21.

Que acorde listado de fojas 22 se certifica que al 23/01/23 la encausada no registra Causas posteriores a las presentes.

Que conforme los antecedentes reseñados se instruyó a fojas 17 y vuelta y fs. 26 y vta. de la actuación que corre por cuerda rotulada T-242548-0/2022, en fechas 17/08/22 y 05/05/22, respectivamente, la citación a la nombrada para concurrir a este organismo munida de certificado de aptitud psicofísica y curso de reeducación vial expedido por la Dirección de Tránsito de la Municipalidad de Ushuaia, a fin de tramitar rehabilitación de conformidad al Art. 132 "in fine" de la Ordenanza Municipal N°1492, modificada por Ordenanza Municipal N° 5340.

Que el 23/01/23 la inhabilitada acredita en esta sede sendas certificaciones, las cuales reúnen las exigencias del Art. 132 "in fine" de la Ordenanza Municipal N° 1492, modificado por la Ordenanza Municipal N° 5340 que se glosan a fojas 18/19.

Que dichas acreditaciones hacen procedente la rehabilitación de la nombrada para conducir vehículos automotores y, en este caso particular, no corresponde restituir su licencia de conducir toda vez que no compareció a este organismo para

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sándwich del Sur, Son y Serán Argentinas"

efectivizar su entrega y reserva durante el período de interdicción impuesto.

Que la suscripta resulta competente para el dictado de la presente en virtud de lo previsto en las Ordenanzas Municipales N° 2674, 2778, 1492 y 5340.

Por ello, **RESUELVO:**

1.- DEJAR CONSTANCIA que a fs. 20 se ha procedido a habilitar período de feria estival a fin de no perjudicar derechos de la encausada, ponderando, asimismo la situación procedimental de sendas actuaciones próximas a su conclusión final.

2.- REHABILITAR a la Señora MARIA CRISTINA GARCIA, DNI 6359077, condenada mediante Fallos JAMF Nros. 39892 recaído en Causa N° T-242799-0/2022/USHUAIA y 39166 emitido en Causa T-242548-0/2022 a pena de inhabilitación de ciento veinte (120) y noventa (90) días respectivamente para conducir vehículos automotores, por encontrarse cumplimentados los extremos previstos en el Art. 132 "in fine" de la Ordenanza Municipal 1492, modificada por la Ordenanza Municipal N° 5340.

3.- HACER SABER a la Señora MARIA CRISTINA GARCIA, DNI 6359077, que no corresponde la restitución de la licencia de conductor, en virtud de las consideraciones efectuadas.

4.- GLOSAR copia auténtica de este acto administrativo en Causa que corre por cuerda T-242548-0/2022.

5.- Regístrese. Notifíquese a la infractora. Comuníquese a la Dirección de Tránsito Municipal y a la Dirección del Registro Provincial de Antecedentes de Tránsito. Cumplido, archívese.

**RESOLUCIÓN JUZGADO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL DE FALTAS N° 025 / 23**



1997 10 10 10 10  
Juzgado Submunicipal  
Juzgado Administrativo Municipal de Faltas  
Ushuaia



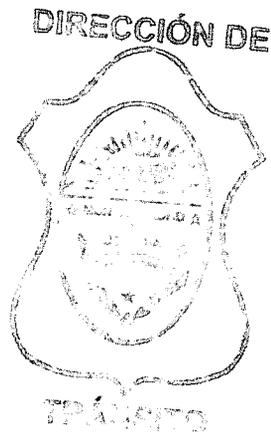
Provincia de Tierra del Fuego,  
Antártida e Islas del Atlántico Sur  
República Argentina  
*Municipalidad de Ushuaia*

"2022 – 40º Aniversario de la Gesta Heroica de Malvinas"

## AUTORIZACIÓN

- La Dirección de Tránsito, AUTORIZA el ciudadano/a **GARCIA, MARIA CRISTINA**, **D.N.I. 6.359.077** a realizar el examen psicofísico para ser presentado ante el Juzgado de Faltas. ....

Noviembre de 2022,-



  
Pablo Martín  
Jefe Div. Ed. Vial Leg. 2852  
Dirección de Tránsito  
Municipalidad de Ushuaia

Centro Medico Siprem (Antártida Argentina 157 1ºA – TEL: 15607321)  
Centro Medico Ushuaia (De La Estancia 1925 – TEL: 445130)  
Clínica San Francisco (Del Tolkeyen 1190 – TEL: 445110)  
Bahía Salud (Florentino Ameghino 540 1ºB – TEL: 431075)  
Centro medico Sermed (Kuanip 2077 - TEL: 414322)  
Fueguina Salud (Hernando de Magallanes 2336 – TEL: 2901472025)  
**- VALIDEZ 30 DÍAS -**

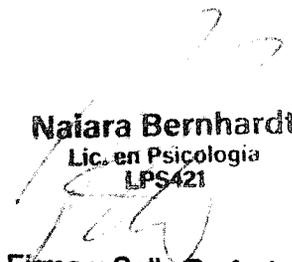
# BAHIA SALUD S.R.L

## SERVICIOS MEDICOS

USHUAIA, 13/1/2023

### EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Por la presente certifico que el Sr./Sra. GARCIA, MERCE CRISTINA  
DNI. 6358077, se encuentra APTO / APTO CONDICIONAL / NO APTO para  
obtener la Licencia de Conducir de carácter Profesional - Particular, al momento de la  
presente evaluación.

  
**Naiara Bernhardt**  
Lic. en Psicología  
LPS421

Firma y Sello Profesional



# 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): COARUJA  
 Nombre/s (completos): MARIA CRISTINA  
 Lugar de Nacimiento: SAN FRANCISCO (CORDOBA) Fecha Nacimiento: 10/06/50  
 Edad: 72 años Nacionalidad: ARGENTINA Ocupación: ANEXO DEL COMISARIO  
 Domicilio: BOUVIUT 13 B DPTO 4 12 PISO Teléfono: 444 062

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° 6259014 Control N°: ..... Municipalidad: USHUNA

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

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

En caso afirmativo responda si se encuentra en tratamiento actualmente

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

14) ¿Sufre 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 audifono?
----	-------------------------------------	----	-------------------

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

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

19) ¿Tiene algún tipo de alergia?

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

¿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: A Factor RH + Donante 

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

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

*[Handwritten signature]*

FIRMA Y ACLARACIÓN

D.N.I. N° 4279071

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°: 6259 077, se encuentra:

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

OBSERVACIONES:

Prótesis: LIC en ambos ojos

Anteojos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Lentes de contacto	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
----------	----	--------------------------	----	-------------------------------------	--------------------	----	--------------------------	----	-------------------------------------

USHUAIA, 13, 1, 23

*[Handwritten signature]*  
 SILVIA ESCALANTE  
 M.N. 72844 M.P. 353  
 MEDICA  
 firma y selló profesional

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

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