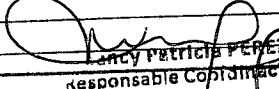


| | |
|--|---|
| CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS | |
| Fecha: 31 AGO. 2023 | hs. 14:35 |
| Numero: 467 | Fojas: 2 |
| Expe. N° | |
| Girado: | |
| Recibido: |  |

Ushuaia 31 de agosto de 2023


Concejo Deliberante Ushuaia
Sr. Juan Carlos Pino


Mediante la presente como vecina de la ciudad de Ushuaia, AQUINO ALICIA ROSITA, solicito que no se instale la garita de colectivo en la dirección de Facundo Quiroga N° 1935, ya que dicha garita obstaculiza el ingreso a mi vivienda, impidiendo el ingreso a mi madre Sra. MAISAREZ FELISA DNI: F-9.635.378 la que posee una discapacidad N° de Certificado ARG-01-00009635378-20190404-20240404-FGO-285, esto compromete el ingreso por el acceso principal a la vivienda. Tenga a consideración dicha petición ya que esto empeora la calidad de vida de mi madre para poder desplazarse hacia sus terapias.

Adjunto a dicha solicitud el certificado de mi madre y dejo abajo mis datos de contacto. Quedo a la espera de una respuesta favorable. Saludo atentamente.

Teléfono de contacto: 2901 50-1637.

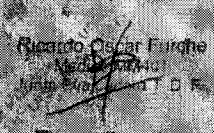


Mail de contacto: aliciaaquinosh65@gmail.com





Alicia Aquino
17321060



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Ley N° 22.431

| | | | | | |
|---|--|---|--------------------------|-------------|--|
| NOMBRE | MAISAREZ Feliza | | | | |
| TIPO DOCUMENTO | D.N.I. - F. 9635378 | FECHA EMISION | 04/04/2018 | EMISOR | JUNTA EVALUADORA DE DISCAPACIDAD USHUISA |
| DIAGNOSTICO | Hipermetropía refractiva (H.M.) - Metropía Capilar (M.C.) - Ambliopía (A.M.) - Estrabismo (E.S.) | | | | |
| DIAGNOSTICO FUNCIONAL | FUNCIONES CORPORALES: *2100.4 *8200.2 *120.4 | | | | |
| ENTRUECERAS CORPORALES | *2003.473 *244.383 *1196.473 | | | | |
| ACTIVIDAD PARTICIPACION | *118.44 *115.34 *356.23 *4603.23 *4468.23 *510.44 *518.23 *566.23 *775.44 *796.44 *8191.34 | | | | |
| FACTORES AMBIENTALES | *8700.4 *8350.49 *240.3 *250.3 *2100.3 *5800.4 *6318.43 *6801.43 *7101.43 *120.4 | | | | |
| ORGANIZACION INTERVENIENTA | ASISTENCIA DOMICILIARIA - CENTRO DE REHABILITACION PERS. DISCAPACIDAD VISUAL - PRESTACIONES REHABILITACION | | | | |
| VALIDEZ | El presente certificado tiene validez hasta el: 04/4/2024 | | | | |
| COMENTARIOS | En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el poseedor indicará que también se aplica al acompañante | | | | |
| ACOMPANANTE | Acompañante: <input type="checkbox"/> | | | | |
| LUGAR Y FECHA DE EMISION | Ushuaia | | Fecha emision: 04/4/2018 | | |
| EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE | Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia | | | | |
| PROFESIONAL | PROFESIONAL | PROFESIONAL | PROFESIONAL | PROFESIONAL | PROFESIONAL |
| FURCHE Ricardo Oscar | CARDOZO Alejandra Mercedes | RUBIO Elena | | | |
|  |  |  | | | |
| Firma y sello | Firma y sello | Firma y sello | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
|  <p style="margin: 0;">01455683-1</p> <h3 style="margin: 0;">CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</h3> <p style="margin: 0;">Ley N° 22.431</p> |   <p style="margin: 0;">537250267</p> | | | | |
| <p style="margin: 0;">ARG-01-00504623274-29190404-23242604-00-263</p> | | | | | |
| <p style="margin: 0;">APELLIDO: MAISAREZ</p> <p style="margin: 0;">NOMBRES: Feliza</p> <p style="margin: 0;">D.N.I. - F.: 9635378</p> <p style="margin: 0;">TIPO NRO DOCUMENTO: 13/03/1932</p> <p style="margin: 0;">FECHA NACIMIENTO: 13/03/1932</p> <p style="margin: 0;">EMITIDO POR: Junta Evaluadora para la discapacidad-Ushuaia</p> | <p style="margin: 0;">NRO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"> <p style="margin: 0;">FECHA EMISION: 04/4/2018</p> <p style="margin: 0;">PROFESIONAL: FURCHE Ricardo Oscar</p> </td> <td style="width: 33%;"> <p style="margin: 0;">FECHA VTO: 04/4/2024</p> <p style="margin: 0;">PROFESIONAL: CARDOZO Alejandra Mercedes</p> </td> <td style="width: 33%;"> <p style="margin: 0;">ACOMPANANTE: SI</p> <p style="margin: 0;">PROFESIONAL: RUBIO Elena</p> </td> </tr> </table> | <p style="margin: 0;">FECHA EMISION: 04/4/2018</p> <p style="margin: 0;">PROFESIONAL: FURCHE Ricardo Oscar</p> | <p style="margin: 0;">FECHA VTO: 04/4/2024</p> <p style="margin: 0;">PROFESIONAL: CARDOZO Alejandra Mercedes</p> | <p style="margin: 0;">ACOMPANANTE: SI</p> <p style="margin: 0;">PROFESIONAL: RUBIO Elena</p> | <p style="margin: 0;">EMISOR: JUNTA EVALUADORA DE DISCAPACIDAD USHUISA</p> |
| <p style="margin: 0;">FECHA EMISION: 04/4/2018</p> <p style="margin: 0;">PROFESIONAL: FURCHE Ricardo Oscar</p> | <p style="margin: 0;">FECHA VTO: 04/4/2024</p> <p style="margin: 0;">PROFESIONAL: CARDOZO Alejandra Mercedes</p> | <p style="margin: 0;">ACOMPANANTE: SI</p> <p style="margin: 0;">PROFESIONAL: RUBIO Elena</p> | | | |

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