

Sr. Presidente del Concejo Deliberante
De la ciudad de Ushuaia
Juan Carlos Pino:

Quien suscribe, Florez Fernando DNI 25831697. Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Y por su intermedio al honorable Concejo Deliberante de la ciudad de Ushuaia, a efecto de solicitar permiso para recuperar mi licencia de conducir, y así mismo poder continuar con los trámites para la renovación de la misma.

Visto que, desde la dirección de tránsito de la Municipalidad, me informan que estoy inhabilitado hasta el año 2024, debido a la superación de scoring. Y me sugirieron realizar esta nota, con el petitorio de la disminución de la inhabilitación o anulación.

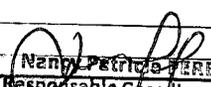
Es por ello que por este medio pido por única vez que se me brinde la posibilidad de recuperar mi licencia de conducir.

Concurro a esta solicitud, ya que me encuentro en la necesidad de hacer uso de mi automóvil para el uso cotidiano, laboral

Adjunto Requisitos para el otorgamiento de la misma
Sin otro particular, quedo a la espera de una pronta y favorable respuesta.

Saludos atte. Florez Fernando


25831697

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	<u>08 SET. 2023</u> Hs. <u>10:45</u>
Numero:	<u>505</u> Folios: <u>0</u>
Expe. N°	
Girado:	
Recibido:	

Nancy Patricia PÉREZ
Responsable Coordinación
y Despacho
CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA

cel 2901494992

Sr. Presidente del Consejo Deliberante de la ciudad de Ushuaia. "Juan Carlos Pino"

— Como subscribí en un principio, mi nombre es Flores Fernando un residente mas de esta ciudad soy de 32 años, con su permiso y x este medio, le pido x favor a usted q intervenga en mi "invalitoria" para conducir todo o q supere el margen de (Scoring) y x ende la D.T.M

Dirección de Tránsito Municipal de Ushuaia en el programa la licencia pese a q reune todos los requisitos para el otorgamiento de la misma.

"Adjunto petitorio".

— Le pido encarecidamente tome mi situación en sus manos. Soy una persona la cual solo quiere transitar en regla como la ley lo requiere, poder ver a y retirar a mis 2 hijos del jardín y también a mi otro hijo de la primaria.

— Mi situación laboral No es buena soy un desempleado, la cual me los rebusca siendo cambios y lo q fueran.

— Soy padre de 3 menores, como mencioné y junto a mi esposa tratamos de salir adelante día a día.

— A decir verdad me urge poder contar con mi licencia. →

- Dado q con lo mismo se me abra una oportunidad laboral.

- Señor con todo el respeto q se merece le pido mis disculpas x temerme al travimiento de x este medio o verle saber de mi situación, sin mi querido como me.

- Tengo 45 años y solo quiero seguir luchando en esta vida. x q mas hoy de un tres pie, la vida es linda. poder disfrutar de la familia, hijos y seres queridos.

- Sr. desde ya mis saludos a "usted" y todo el equipo, espero una pronta respuesta. De mi parte le doy los gracias, muchos gracias.

- Atte. Flores Fernando Ezequiel

 25831697 cel 2901494992



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): FLORES
Nombre/s (completos): FERNANDO EZEQUIEL
Lugar de Nacimiento: S.S. DE JUYUY Fecha Nacimiento: 15.09.78
Edad: 44 años Nacionalidad: ARGENTINO Ocupación: DESEMPLEADO
Domicilio: YAMANA 1385 Teléfono: 494992

En cumplimiento a los requisitos exigibles por la normativa vigente (Ley Nº24,449 y su modificatoria:
Ley Nacional de Tránsito y Seguridad Vial Nº 26.363 y Decretos reglamentarios, solicito licencia por:

1º vez vencim. ampliacion deterioro extravío cambio jurisdic.

Licencia Nº 25831697 Control Nº: Municipalidad: USHUAIA

Expedido: Vencimiento:

PRINCIPIANTE 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.

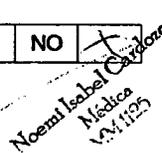
1) ¿Padece usted de algún defecto físico, lesión o enfermedad?			
NO	NO	SI	¿Cuál/es?
NO	NO	SI	¿Cuál/es?
2) ¿Toma usted habitualmente alguna medicación?			
NO	NO	SI	¿Cuál/es?
3) ¿Sufrió usted alguna vez de epilepsia, convulsiones, desmayos y/o parálisis?			
NO	NO	SI	¿Cuál/es?
4) ¿Sufrió usted alguna vez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

En caso afirmativo responda si se encuentra en tratamiento actualmente					
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	Psicoterapia	Psicofármacos
14) ¿Sufró o sufrió de alcoholismo, abuso de drogas o sustancias adictivas?					
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	¿Cuál/es?	
15) ¿Su visión es normal?					
NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	¿Por qué?	
16) ¿Utiliza anteojos o lentes de contacto?					
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	¿Motivo?	
17) ¿Su audición es normal?					
SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Utiliza audífono?	
18) ¿Tuvo o tiene usted colocado algún tipo de prótesis?					
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	¿En qué parte de su cuerpo?	
19) ¿Tiene algún tipo de alergia?					
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
¿Desea que este dato figure en su licencia de conducir? <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO					
20) ¿Padeció usted de HEPATITIS ?					
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	¿aclarar tipo?	
21) ¿Padece usted de alguna afección/enfermedad que no figure en este cuestionario?					
NO	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?	

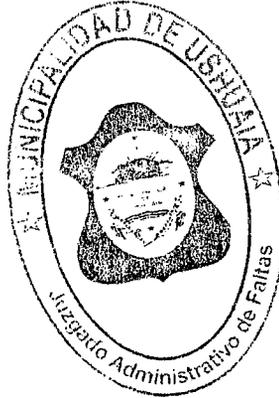
Grupo Sanguíneo:^A..... Factor RH⁺..... Donante SI NO NO

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


 Flores FERNANDO
 FIRMA Y ACLARACIÓN
 D.N.I. N° 25831697

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°: <u>25831697</u> , se encuentra:	
<input checked="" type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> APTO CONDICIONAL
OBSERVACIONES:	
Prótesis:	
Anteojos <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	Lentes de contacto <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
USHUAIA, <u>07.09.2023</u>	 firma y sello profesional
RECIBO N°..... \$	CONTROL N°.....
RECIBO N°..... \$	CATEGORÍA/S:.....
RECIBO N°..... \$	FECHA:
RECIBÍ CONFORME: Verificó: Leg.:	

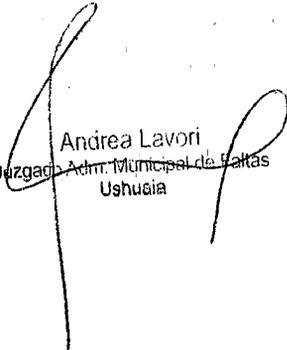
PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO SUR
REPÚBLICA ARGENTINA
JUZGADO ADMINISTRATIVO
MUNICIPAL DE FALTAS
USHUAIA - 25 de mayo 151
C.P. 9410 - TE. 02901-423665
www.jamf-ushuaia.gov.ar



USHUAIA, 07/09/2023

En la fecha comparece **FERNANDO EZEQUIEL FLORES DNI 25831697** en la presente **Causa N° T-241098-0/2021/USHUAIA** constituyendo domicilio en **YAMANAS 1385 - Email:ferchuu78@gmail.com**, manifiesta que: Hace entrega en original de constancia de Curso de Reeducción Vial N° 125/2023, extendida por la Dirección de Tránsito Municipal y en copia certificada del examen psicofísico de fecha 07/09/2023, se adjuntan al expediente. Con lo que termina el acto, lee, ratifica y firma.

Asimismo se deja constancia que la extensión del acto administrativo que contenga su rehabilitación se efectuará dentro de las setenta y dos (72) horas de recepcionada la documental prealudida, por razones operativas del organismo.


Andrea Lavori
Juzgado Adm. Municipal de Faltas
Ushuaia



USHUAIA
MUNICIPALIDAD



USHUAIA
Capital de
MALVINAS



Fecha : 07/09/2023 Hora :

11:48:25

"2023- 40° Aniversario de la Restauración de la Democracia"

**CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL
VALIDO UNICAMENTE PARA SER PRESENTADO ANTE
LA DIRECCIÓN DE TRANSITO**

CERTIFICADO N°: 34641
FECHA DE EMISION: 07/09/2023

Por medio de la presente, se deja constancia, que el vecino que a continuación se detalla posee una situación fiscal tal que se encuentra en condiciones de continuar con el tramite de carnet de conducir y/o retiro de playa de incautación.

La obtención del carnet de conducir, dependerá de lo dispuesto por la Dirección de Transito de la Municipalidad de Ushuaia.

CONTRIBUYENTE: Flores, Fernando Ezequiel
DOCUMENTO: 25831697
PADRÓN: 35912

VALIDEZ: SIETE (7) DÍAS CORRIDOS DESDE LA FECHA DE EMISION.



00000346412023

CENAT

SECRETARÍA DE VIAL

COMPROBANTE DE PAGO DE
Y09 E-PAGOS

*** SEPSA - PAGO FACIL ***

0039 A20373 07/09/2023 12:08:34

44439418

\$\$\$\$\$\$\$\$1800,00

C0107FOC Y09 Y09 E-PAGOS

CONSULTE EL PAGO FACIL MAS CERCANO LLAMAND

O AL :

0800-444-3224 O INGRESANDO A: www.pagofaci
l.com.ar

Apellido y Nombre : FLORES, Fernando Ezequiel

Tipo y Nro. Documento: DNI:25831697 Género: M

Centro Emisor: USHUAIA(Provincia de Tierra del Fuego)

Boleta de pago electrónica (BOPE) - CENAT

Infracciones de tránsito

El NO pago de la totalidad de los importes referenciados en la boleta de pago impedirá iniciar el trámite c
Conducir conforme lo establece la legislación de las jurisdicciones locales competentes. Le informamos c
días corridos a partir de su pago para ser asociada a un Certificado Nacional de Antecedentes de Tránsito

VERIFIQUE QUE LOS DATOS CONTENIDOS
EN ESTE COMPROBANTE SE CORRESPONDAN
CON LOS QUE USTED HA EXPRESADO AL
CAJERO DE CONFORMIDAD CON LA
OPERATORIA QUE E-PAGOS HA INFORMADO
PARA ESTA MODALIDAD DE PAGO SIN
FACTURA.

969000035010000014443941820230914000
000180000030

PAGAR CON E-PAGOS

Apellido y Nombre : FLORES, Fernando Ezequiel

Tipo y Nro. Documento: DNI:25831697 Género: M

Centro Emisor: USHUAIA(Provincia de Tierra del Fuego)

Boleta de pago N° 2539065

Fecha de emisión: 07/09/2023 11:55:08

Vencimiento: 14/09/2023

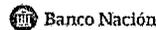


Escanea para pagar



9690000350100000144439418202309140000001800003

Pagos procesados por:



PAGAR CON E-PAGOS

IMPORTE: \$1800.00

Apellido y Nombre : FLORES, Fernando Ezequiel

Tipo y Nro. Documento: DNI:25831697 Género: M

Centro Emisor: USHUAIA(Provincia de Tierra del Fuego)

Boleta de pago N° 2539065

Fecha de emisión: 07/09/2023 11:55:08

Vencimiento: 14/09/2023



Escanea para pagar



9690000350100000144439418202309140000001800003

Pagos procesados por:

