

Ushuaia, 17 de diciembre de 2012

Sr. Presidente

Concejo Deliberante de Ushuaia

Dn. Damián DE MARCO

S _____ / _____ D

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha:	12-12-12 Hs. 940
Numero:	1685 Fojas:
Expte. N°	
Grado:	46/12
Recibido:	<i>[Signature]</i>

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a efectos de solicitarle un espacio de estacionamiento entre discos para persona con discapacidad en la calle Cabo de Hornos 3880, de la ciudad de Ushuaia.

Motiva la presente el hecho de que en el grupo familiar somos tres personas con discapacidad, y es muy difícil poder estacionar frente a mi domicilio, especialmente cuando alguno de mis familiares debe ser trasladado al Hospital por la noche. Por ello, es que solicito tengan en cuenta mi petición.

Asimismo, adjunto fotocopia de los certificados de Discapacidad y DNI de cada uno.

Sin otro particular, saludamos a Ud.

Atentamente.

José Víctor Muñoz Vera

D.N.I. 18.741.880



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. República Argentina

MINISTERIO DE SALUD Dirección de Fiscalización Sanitaria

CERTIFICADO N°: 3453

ART. 3° LEY PROVINCIAL N° 48 USHUAIA, 19 de ENERO de 20 11

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: MUÑOZ VERA JOSE VICTOR
DNI-LE-LC-CIN: 18741880 Edad: 60a Sexo: Male
Fecha de nacimiento: 08/12/1950 Estado civil: Casado
Domicilio: Casa de Honor N° 3880 Localidad: Ushuaia
Provincia: Tierra del Fuego

Causa del daño (diag. final o presuntivo): Lesión degenerativa lumbar, fractura sin desplazamiento, sin hueso doloroso

DEFICIENCIA: 70.51 - 71.0 - 71.6

DISCAPACIDAD: 44 - 56 - 52 - 71.1 -

DESVENTAJA: 1.0 - 2.0 - 3.1 -

Table with columns: Apto para actividades, Grado de Complejidad (Máxima, Mediana, Mínima). Rows include: Prácticas, Intelectuales, Sociales, Deportivas, Observaciones: Puede desarrollar actividades que no demanden el fuerza de su col lumbar incluyendo laborales

(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., desv.y minusv.)

Validez del certificado:

Permanente [X] (válido por 10 años) Temporario [] Válido hasta el 19/01/21

Requiere libre estacionamiento SI [] NO [X]

Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos SI [] NO [X]

Requiere vehículo adaptado SI [] NO [X]

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

Signature of Guillermo Browne, Presidente de la Junta Médica

Signature of Dr. Juan Lucas Gomez, Autoridad Sanitaria

Signature of Dra. Susana Zajic, Esp. en Medicina Laboral

Firma del Presidente de la Junta Médica

Firma de la Autoridad Sanitaria



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e
Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE SALUD

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha.....

Ushuaia 31/01/2012

Sr: Director del Hospital.....

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitarle tenga a bien disponer se cumplimente el cuestionario que obra al dorso de la presente a través de la realización del reconocimiento médico, referido a:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA SOLICITANTE	
MUNOZ VERA JOSE	
D.N.I. N° 18.941.880	C.I. N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle.....N°.....Piso.....Dpto.....Entre calle.....y	
Calle.....Barrio.....Localidad Ushuaia	
Provincia Tierra del Fuego CP 9410 Teléfono.....	

A los efectos de ser agregado a la solicitud de Pensión interpuesta ante el Ministerio de Desarrollo Social Provincial.

Saludo a Ud. atentamente.

Firma y sello del Responsable
Director de Fiscalización Sanitaria



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
Ministerio de Salud

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

Jose Muñoz Vera D.M.E. No 18.741.880
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

I. indicar enfermedad causal de la disminución de la capacidad:

*Hipertensión arterial, Gonorrea. Como estrocha L2 L4
depon de lo anterior*

II. Tipo y grado de secuelas clínicas de la misma:

Robleda de

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

- Resumen de historia clínica
- Exámenes de laboratorio actualizado
- Tratamiento Indicado

III. Otras enfermedades:

(Detallar tengan o no relación con la enfermedad principal)

IV. ¿Hay incapacidad para el desempeño de sus tareas laborales habituales? Si No

V. En caso de menores, ¿hay incapacidad para el auto desenvolvimiento acorde a la edad? Si No

VI. La incapacidad es:

Total <input checked="" type="checkbox"/>	Permanente <input checked="" type="checkbox"/>	Porcentaje estimado: 66 %
Parcial <input type="checkbox"/>	Temporaria <input type="checkbox"/>	(de incapacidad laboral)

VII. La incapacidad es de orden predominantemente

Físico <input checked="" type="checkbox"/>	Mental <input type="checkbox"/>	Físico y Mental <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------	--

VIII. En caso de ser una incapacidad de orden físico, ¿a qué tipo corresponde?

Motor <input checked="" type="checkbox"/>	Visual <input type="checkbox"/>
Viseral <input type="checkbox"/>	Auditivo <input checked="" type="checkbox"/>

IX. Si la discapacidad es mental y el solicitante tiene 21 años o más, deberá indicar si considera necesario gestionar la curatela (designación de un representante legal en caso de solicitantes alienados mentales mayores de edad)

SI NO

X. ¿Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnostico de incapacidad? SI NO

XI. ¿El tratamiento puede ser realizado en el área de residencia? SI NO

XII. Tiempo estimado para una nueva evaluación:

2 años 5 años 10 años

Lugar y fecha: *Ushuaia 31 de enero* de 20*12*

Jorge Luis Olivo Medina Murie
Especialista en Medicina Legal
M. N. Nº 91715

Firma del médico actuante

DR. JORGE LUIS OLIVO
M. M. 203 M. N. 79255
DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL REG USHUAIA

Firma y sello del Director del Hospital

Graciela Mazzotta
Dra. Emilia Castro
Medicina Laboral
M. 245

Firma del médico actuante

Dra. MAZZOTTA Graciela
Dir. Provincial de Fiscalización
y Regulación Sanitaria A/H

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria



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

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Dirección de Fiscalización Sanitaria Zona 2

CERTIFICADO Nº 1651

ART. 3º LEY PROVINCIAL Nº 48

USHUAIA, 1º de FEBRERO de 2005

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: LOPEZ TORRES, JUDITH

DNI - LE - LC - CI Nº * 18.840.084 Edad: Sexo: F

Fecha de nacimiento: 07/07/71 Estado civil:

Domicilio: Localidad: USHUAIA

Provincia T. DEL FUEGO

Causa del daño (diag. final o presuntivo) DESCONOCIDO

DEFICIENCIA: 21.3 70.64 93.3

DISCAPACIDAD: 4.44 70.6

DESVENTAJA: 3.1 6.5

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Minima
Prácticas	X		
Intelectuales	X		
Sociales	X		
Deportivas			X
Observaciones: <u>Digo DNI 18.840.084</u>			

(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., dev. y minusvalías)

Validez del certificado:

Permanente (válido por 10 años) Temporario Válido hasta el 1/2/2015

Requiere libre estacionamiento SI NO

Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos SI NO

Requiere vehículo adaptado SI NO

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

MARIO E. MOLINARI
Médico
Mat. Nac. Nº 47.477

(Handwritten signature and stamp)
MEDICO NEUROCIQUIATRICO
M. N. 1.11

Dr. A. C. SAVULSKY
M.N. 63455
Dir. Fiscalización
Sanitaria Zona 2
S.S. Ministerio de Salud

Firma del Presidente de la Junta Médica

Firma de la Autoridad Sanitaria



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e
Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE SALUD

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha.....

Sr: Director del Hospital.....

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitarle tenga a bien disponer se cumplimente el cuestionario que obra al dorso de la presente a través de la realización del reconocimiento médico, referido a:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA SOLICITANTE	
López Torres Judith	
D.N.I. N° 88.840.084	C.I. N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle. Cabo de Hornos N° 3880 Piso.....Dpto.....Entre calle.....y	
Calle.....Barrio de Belle Vista Localidad Ushuaia	
Provincia. Tierra del Fuego CP 9410 Teléfono 445600	

A los efectos de ser agregado a la solicitud de Pensión interpuesta ante el Ministerio de Desarrollo Social Provincial.

Saludo a Ud. atentamente.

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 93840 / M.M. 563
M. Lab. 5640

.....
Firma y sello del Responsable
Director de Fiscalización Sanitaria



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
Ministerio de Salud

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

Lopez, Judith D.N.: *18.840.084*
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

I. indicar enfermedad causal de la disminución de la capacidad:

Obesidad Grado III; Mix edema lipotiroidismo secundario a Síndrome de Shlitzky post-ITC

II. Tipo y grado de secuelas clínicas de la misma:

Obesidad Grado III

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

- Resumen de historia clínica
- Exámenes de laboratorio actualizado
- Tratamiento Indicado

III. Otras enfermedades:

(Detallar tengan o no relación con la enfermedad principal)

IV. ¿Hay incapacidad para el desempeño de sus tareas laborales habituales? Si No

V. En caso de menores, ¿hay incapacidad para el auto desenvolvimiento acorde a la edad? Si No

VI. La incapacidad es:

Total Permanente
 Parcial Temporaria

Porcentaje estimado: *66,40 %*
(de incapacidad laboral)

VII. La incapacidad es de orden predominantemente

Físico Mental Físico y Mental

VIII. En caso de ser una incapacidad de orden físico, ¿a qué tipo corresponde?

Motor Visual
Viseral Auditivo

IX. Si la discapacidad es mental y el solicitante tiene 21 años o más, deberá indicar si considera necesario gestionar la curatela (designación de un representante legal en caso de solicitantes alienados mentales mayores de edad)

SI NO

X. ¿Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnostico de incapacidad? SI NO

XI. ¿El tratamiento puede ser realizado en el área de residencia? SI NO

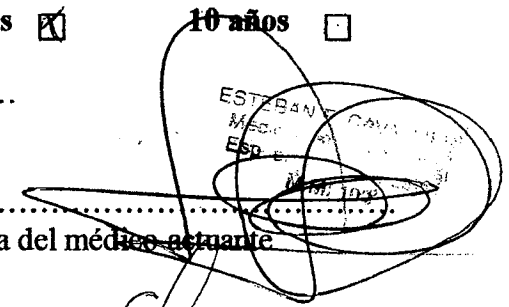
XII. Tiempo estimado para una nueva evaluación:

2 años 5 años 10 años

Lugar y fecha: *Ushuaia* *24 de Julio* de *2011*

Jorge Olmo
Firma del médico actuante

Sandra Emilia Castro
Medicina Laboral
M.M. 245
Firma del médico actuante



DR. JORGE LUIS OLMO
DIRECTOR GENERAL
M.M. 203 - M.N. 79255
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Firma y sello del Director del Hospital

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 93840 / M.M. 563

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria

1685 1 - 8/17



Lic. Mónica Frota
Directora de Discapacidad
Sub. de Políticas de Formación e Inclusión
Ministerio de Salud T.D.F.

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e
Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
MINISTERIO DE SALUD

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha. *Ushuaia*

Sr: Director del Hospital.....

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitarle tenga a bien disponer se cumplimente el cuestionario que obra al dorso de la presente a través de la realización del reconocimiento médico, referido a:

APELLIDOS Y NOMBRES DEL/ LA SOLICITANTE	
<i>Muñoz Lopez Jose</i>	
D.N.I. N° <i>36 452 764</i>	C.I. N°
L.C. N°	L.E. N°
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle. <i>Cba. Flores N° 388</i> Piso.....Dpto.....Entre calle.....y	
Calle.....Barrio <i>Bella Vista</i> Localidad <i>Ushuaia</i>	
Provincia <i>Tierra del Fuego</i> CP <i>9410</i> Teléfono <i>445600</i>	

A los efectos de ser agregado a la solicitud de Pensión interpuesta ante el Ministerio de Desarrollo Social Provincial.

Saludo a Ud. atentamente.

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 95840 M.M. 565
M. Laboral: 6540

Firma y sello del Responsable
Director de Fiscalización Sanitaria



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
Ministerio de Salud

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

Quiroz Lopez Jose OH N° 36452404
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

I. indicar enfermedad causal de la disminución de la capacidad:

Retraso mental profundo por un trauma Neurol.

II. Tipo y grado de secuelas clínicas de la misma:

Profundo

Al presente certificado médico deberá adjuntarse

- Resumen de historia clínica
- Exámenes de laboratorio actualizado
- Tratamiento Indicado

III. Otras enfermedades:

Ninguna otra enfermedad

(Detallar tengan o no relación con la enfermedad principal)

IV. ¿Hay incapacidad para el desempeño de sus tareas laborales habituales? Si No

V. En caso de menores, ¿hay incapacidad para el auto desenvolvimiento acorde a la edad? Si No

VI. La incapacidad es:

Total Permanente Porcentaje estimado: **70 %**
 Parcial Temporal (de incapacidad laboral)

VII. La incapacidad es de orden predominantemente

Físico Mental Físico y Mental

VIII. En caso de ser una incapacidad de orden físico, ¿a qué tipo corresponde?

Motor Visual
Viseral Auditivo

IX. Si la discapacidad es mental y el solicitante tiene 21 años o más, deberá indicar si considera necesario gestionar la curatela (designación de un representante legal en caso de solicitantes alienados mentales mayores de edad) *Edad: 18 años*

SI NO

X. ¿Un tratamiento adecuado puede modificar el diagnóstico de incapacidad? SI NO

XI. ¿El tratamiento puede ser realizado en el área de residencia? SI NO

XII. Tiempo estimado para una nueva evaluación:

2 años 5 años 10 años

Lugar y fecha: *Ushuaia 21 Julio*

Redu
Especialista en Medicina Legal
M.N. N° 91715

Sandra Emilia Castro
Medicina Laboral
M.M. 245

de 20:41...
ESTEBANE CAVALIERE
ESTEBANE CAVALIERE
Médico Esp. Psiquiatría
Excmo. Sr. Subsecretario de Salud
M.N. 203

Firma del médico actuante

Firma del médico actuante

DR. JORGE LUIS OLIVO
DIRECTOR GENERAL
M.M. 203 - M.N. 79255
HOSPITAL REGIONAL USHUAIA

Firma y sello del Director del Hospital

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria

DUPLICADO

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO
CUMPLE LOS 16 AÑOS, EL DIA:

Sello	Firma Jefe Of. Secc.
-------	----------------------

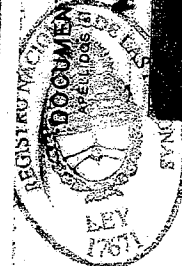
La presentación del documento nacional de identidad, expedido por el Registro Nacional de las Personas, será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad, cualquiera fuere su naturaleza y origen.

Art. 13 - Ley 17.671.

Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente ley, están obligados a comunicar en las oficinas nacionales, consulares o que se habiliten como el "cambio de domicilio", dentro de los treinta días siguientes a haberse producido la novedad.

Art. 17.671.

MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDAD
o mujer (si es soltera)



NOMBRES: José María
 CLASE: Dicha
 SEXO: M
 D.M.
 NÚMERO DE DOCUMENTO NACIONAL: 18.411.800
 NACIONALIDAD: Argentina



Impresión dactilar derecho



0001701

CAMBIOS DE DOMICILIO

Calle: Cabo de Hornos
 N°: 2880 Piso: _____ Dpto: _____
 Ciudad o Pueblo: Osorno
 Part. o Dpto.: Osorno
 Barrio: _____ Monoblock: _____
 Provincia: Osorno Of. Ident. 111
 Fecha: 28/03

Sello

OSORNO
SECRETARIA DE GOBIERNO
REGISTRO CIVIL

Calle: _____
 N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____
 Ciudad o Pueblo: _____
 Part. o Dpto.: _____
 Barrio: _____ Monoblock: _____
 Provincia: _____ Of. Ident. _____
 Fecha: _____

Sello

Firma

CAMBIOS DE DOMICILIO

Calle: _____
 N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____
 Ciudad o Pueblo: _____
 Part. o Dpto.: _____
 Barrio: _____ Monoblock: _____
 Provincia: _____ Of. Ident. _____
 Fecha: _____

Sello

Firma

Calle: _____
 N°: _____ Piso: _____ Dpto: _____
 Ciudad o Pueblo: _____
 Part. o Dpto.: _____
 Barrio: _____ Monoblock: _____
 Provincia: _____ Of. Ident. _____
 Fecha: _____

Sello

Firma

SEEDOR DE ESTE DOCUMENTO
CUMPLE LOS 16 AÑOS, EL DÍA

Sello	Firma Jefe Of. Secc.
-------	----------------------

La presentación del documento nacional de identidad, expedido por el Registro Nacional de las Personas, será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad, cualquiera fuere su naturaleza y origen.

Art. 13 - Ley 17.671.

Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente, están obligados a comunicar en las oficinas consulares o que se habiliten como tales, el cambio de domicilio, dentro de los treinta días siguientes a haberse producido la novedad.

17.671

27-7

MERCOSUR
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



NOMBRES
LOPEZ TORRES

Subito

Elonzo

CLASE SEXO

1971 Mays

NUMERO DE DOCUMENTO

18840084

NACIONALIDAD

Argentina



13440425871341

Nacido/a el 7/7/71 en Punta Arenas
 Part. o Dpto.: Provincia:
 Nación: Chile
DOMICILIO:
 Calle: Cabo de Hornos N° 3880
 Piso: Dpto: Monoblock:
 Ciudad o Pueblo: Ushuaia Barrio:
 Part. o Dpto.: Provincia: T. Fuego
 Oficina Ident.: 1717
 Identif. el día: 10/04 Fecha de expiración: / /
 N° de CUIT o CUIL (si corresponde):
 Firma del interesado: Judith
 Firma del autorizante: [Signature]
 Registro Civil Ushuaia

PARA NATURALIZADOS
 ARGENTINOS
 Naturalizadora el 8 de Julio
 de 2004
 Certificado de ciudadanía expedido por el
 Juzgado Fed. de Ushuaia T. Fuego
 Secretario Alejo S. Burgos DCI
Alejo A. CALUETE
 Sello
 HACER MENCION EN TODOS LOS ACTOS QUE SE REALICEN EN LA CIUDAD DE USHUAIA, EN LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO, REPUBLICA ARGENTINA, EN VIRTUD DEL N° 13.123 DE LA LEY 13.080.
 Firma

EL POSEEDOR DE ESTE DOCUMENTO
CUMPLE LOS 16 AÑOS, EL DIA:

Sello	Firma Jefe Of. Secc.
-------	----------------------

La presentación del documento nacional de identidad, expedido por el Registro Nacional de las Personas, será obligatoria en todas las circunstancias en que sea necesario probar la identidad de las personas comprendidas en esta Ley, sin que pueda ser suplido por ningún otro documento de identidad, cualquiera fuere su naturaleza y origen.

Art. 13 - Ley 17.671.

Todas las personas de existencia visible o sus representantes legales, comprendidas en la presente Ley, están obligados a comunicar en las oficinas seccionales, consulares o que se habiliten como tales; el "cambio de domicilio", dentro de los treinta días de haberse producido la novedad.

Art. 47 - Ley 17.671.



MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE IDENTIDAD
(si es mujer el de soltera)

MUÑOZ LOPEZ

NOMBRES

Jose

Coarado

CLASE

SEXO

Varon

1991

D.M.

NUMERO DE DOCUMENTO

26.452.764

NACIONALIDAD

Argentina



IMPRESION UNICA
por ser CASADO

Nacido/a el 19/12/91 en Ushuaia

Part. o Dpto.: Provincia: T. Fgo

Nación: Argentina

DOMICILIO:

Calle: Cabo de Hornos Nº: 3880

Piso: Dpto: Monoblock:

Ciudad o Pueblo: Ushuaia Barrio:

Part. o Dpto.: Provincia: T. Fgo

Oficina Ident.: 1714

Identif. el día: 11/4/08 Fecha de expiración:

Nº de CUIT o CUIL (si corresponde):

Firma del interesado: Jose
Firma del autorizante: Jefe Depto. de Ed. Técnica y Operativa

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Naturalizado/a el de

de

Certificado de ciudadanía expedido por el

Juzgado

Secretaría Nº

Sello

Firma



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

27 MAR 2007

Dra. Susana Zajic
Esp. en Medicina Laboral
M.N. 93846, M.M. 565
M. Laboral 6545

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Dirección de Fiscalización Sanitaria Zona 2

CERTIFICADO Nº 1765 -

ART. 3º LEY PROVINCIAL Nº 48

USHUAIA, 09 de JUNIO de 2005

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: MUÑOZ José GERARDO
DNI - LE - LC - CI Nº 36.452.767 Edad: 13 años Sexo: Masculino
Fecha de nacimiento: 18 / 12 / 1991 Estado civil: Soltero
Domicilio: CABO DE HORNO 3820 Localidad: USHUAIA
Provincia: TIERRA DEL FUEGO
Causa del daño (diag. final o presuntivo): trastornos del aprendizaje y la conducta

DEFICIENCIA: 1/13/2/24/24.0/24.1

DISCAPACIDAD: 1/15/16

DESVENTAJA: 2/3

Apto para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Mínima
Prácticas		X	
Intelectuales			X
Sociales		X	
Deportivas		X	
Observaciones:			

(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., dev. y minusv.)

Validez del certificado:
Permanente (válido por 10 años) Temporario Válido hasta el 09/06/2015
Requiere libre estacionamiento SI NO
Tiene necesidades de prótesis y/o elementos ortopédicos SI NO
Requiere vehículo adaptado SI NO

ESTE CERTIFICADO NO ES VALIDO PARA LA OBTENCIÓN DE BENEFICIOS PREVISIONALES

Dr. Timmo Miguel A.
Pediatría - H.R.U.
M.N. 74425
Firma del Presidente de la Junta Médica

Firma de la Autoridad Sanitaria