

SI CARLOS PINO LE PIDO
UNA EXSEPCION POR SEPODA
VER A LA ORDENSA NASITAL
2025 POR HABER SIDO
OJUDICAFARIO DE UN TERRENO 1996
SOY DIVORCIADO EN EL 2004


HUGO AUDISIO

15419614

CONSEJO LEGISLATIVO USHUAIA MEDIO DE ENTRADA LEGISLATIVA DE LOS INGRESADOS	
Fecha:	02-05-2016 Hs. 13:20
Numero:	816 Fojas: 8
Expte:	244/2012.
Girado:	
Referencia:	06 leg 3420

Se Presidente Consejo
 Deliberante Don Juan Marcos
 Le Pido P Favor una
 Excepción OD Municipal 2025
 Por haber sido adjudicatario
 de terreno en el año 1996
 de IPV vendiendolo en el
 2006

Soy divorciado y dispongo de
 un terr. dinero para edificar

gracias

STE

HUGO AUDISIO

DNI 13840214

cel/ 15419614

CONCEJO DELIBERANTE USHUAIA MESA DE ENTRADA LEGISLATIVA ASUNTOS INGRESADOS	
Fecha: 29/11/12	Hs. 11:58
Numero: 1531	Fojas: 6
Expte. N°	244/12
Girado:	
Recibido:	[Signature]

IX.-PRUEBA: Que hace a nuestro derecho y consiste en:

Documental:

- Copia certificada de acta de casamiento
- Original y Copia de actas de nacimiento de las menores
- Copias de D.N.I. de las partes.

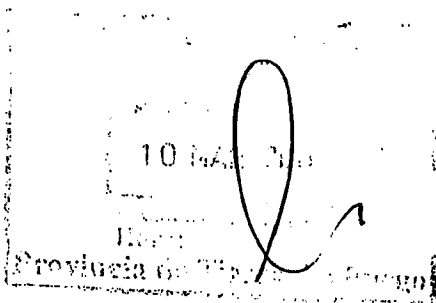
Solicitamos a S.S que se proceda a certificar por el actuario las copias que se acompañan, se agreguen en autos las mismas y se proceda a la devolución de la documentación original.

X.-PETITORIO: Por todo lo expuesto, ambas partes de V.S. solicitamos:

- 1) Nos tenga por presentados, por parte y por constituido domicilio Procesal indicado, en mérito al patrocinio letrado invocado.-
- 2) Tenga presente la prueba ofrecida y se proceda a certificar por el actuario las copias que se acompañan.
- 3) Por deducida la petición de divorcio vincular en los términos y con los alcances de los artículos 214 inc. 2 y 232 del C.C.-
- 4) Previo los trámites previstos en el C.P.C.C.L.R. y M. se digne V.S. dictar sentencia conforme el derecho invocado, homologando los acuerdos expresados supra.
- 5) Se decreten las costas en orden causado.-

Proveer de conformidad.

SERA JUSTICIA





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

es copia de
copia

[Signature]
María José Lagos Lamas
Médico M.N. 373
Jefe Departamento de
Reconocimiento Médico
Especialización Sanitaria Ushuaia

Del Reconocimiento Médico efectuado por este Servicio a:

AUDISIO JUAN HUPO
(Apellido y Nombre del solicitante)

Se han obtenido las siguientes conclusiones:

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

psicosis Delirante

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

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: 70 %
(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 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 30 de Septiembre

de 2005.

DR. GLORIA E. SARION
Psicóloga

Firma del médico actuante

MULLER MICAELA
Médico
M.N. 373
Esp. en Medicina Laboral
Especialización Sanitaria Ushuaia

LIC. ADRIANA SARMIENTO
PSICOLOGA (UBA)
M.N. 15998

Firma del médico actuante

DR. C. SAVILSKY
M.N. 53455

Dir. Fiscalización
Sanitaria Ushuaia
S.S. Ministerio de Salud

Firma y sello del Director del Hospital

Firma y sello del Fiscalización Sanitaria



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

Es copia de copia

Mario José Lagos Larrea
Médico M.N. 573
Firma y Sello del Responsable

CERTIFICADO MÉDICO OFICIAL

Lugar y Fecha. Ushuaia 30.9.05

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	
Audiario Hugo	
D.N.I. N° <u>13.840.214</u>	C.I. N° <u>-</u>
L.C. N° <u>-</u>	L.E. N° <u>-</u>
DOMICILIO PARTICULAR	
Calle..... <u>T. N° 11</u> Piso <u>3</u> Dpto. <u>5</u> Entre calle. <u>-</u>	
Calle..... Barrio <u>De Gallinero</u> Localidad <u>USHUAIA</u> -	
Provincia <u>T. del FUEGO</u> CP <u>9410</u> Teléfono <u>15493658</u> -	

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

Saludo a Ud. atentamente.

Dr. C. SAVILSKY
M.N. 63465
Director de Fiscalización Sanitaria Ushuaia
Ministerio de Salud

Firma y sello del Responsable
Director de Fiscalización Sanitaria

115 121

1531 - 5/7



Comando en Jefe de Tierra del Fuego, Antártida
Islas del Atlántico Sur
República Argentina

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
Dirección de Fiscalización Sanitaria Zona 2

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CERTIFICADO N° 1971

ART. 3° LEY PROVINCIAL N° 48

USHUAIA, 30 de Septiembre de 2005

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Apellido y Nombres: ADRISIO HUPO
DNI - LE - LC - CI N° 13.840.214 Edad: 46 Sexo: MASCULINO
Fecha de nacimiento: 27 / 3 / 1960 Estado civil: CASADO
Domicilio: MONTE GALLIANO 7113 5º S Localidad: USHUAIA
Provincia: TIERRA DEL FUEGO
Causa del daño (diag. final o presuntivo): Psicosis Delirante

DEFICIENCIA: 1-17.2, 1-18, 1-18.2, 1-18.4, 1-19.4, 25, 25.31, 26, 26.1, 27.0, 27.1

DISCAPACIDAD: 17.1, 17.3, 18.0, 18.1, 18.2, 18.3, 18.5, 18.8, 19

DESVENTAJA: 4.3, 4.4, 5.1, 5.3, 5.4, 6.5, 6.6

Aplo para Actividades	Grado de Complejidad		
	Máxima	Mediana	Minima
Prácticas	X		
Intelectuales		X	
Sociales			X
Deportivas		X	
Observaciones:			

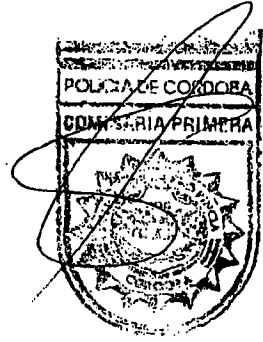
(Según el manual de Clasificación Internacional de Disc., dev. y minusv.)

Validez del certificado:

Permanente (válido por 10 años)

Temporario Válido hasta el 30/09/2015

EL FUNCIONARIO QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE
LA FIRMA QUE ANTECEDE PERTENECE A
ADRISIO JOUAN HUPO
DNI 13.840.214 Y ES LEGÍTIMA
POR HABER SIDO PUESTA EN SU PRESENCIA.
CORDOBA, 22 DE Octubre DE 2008



COPIA

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
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
PELLIDOS (si es mujer el de soltera)

AUDISIO
NOBRES

NOMBRES: Juan Hugo
CLASE: 1960
SEXO: varon
D.M.

NUMERO DE DOCUMENTO: 13.840.214
NACIONALIDAD: Argentina

10620903494526

PARA NATURALIZADOS ARGENTINOS

Naturalizado/a el _____ de _____

de _____

Certificado de ciudadanía expedido por el

Juzgado _____

Secretaría N° _____

Sello _____

_____ Firma

- 3 -

Nacido/a el 27/3/60 en Vidal Rosario
Part. o Dpto.: Rio Segundo Provincia: Cba
Nación: Argentina

DOMICILIO:
Calle: Base Marambio No: 2568
Piso: _____ Monoblock: _____
Ciudad o Pueblo: n Grande Barrio: _____
Part. o Dpto.: _____ Provincia: Td. Fuero

Oficina Ident.: 1718
Identif. el dia: 8/1/85 Fecha de expiración: _____
N° de C.D. o C.N. (si corresponde): _____

Firma del interesado: _____
Firma del autorizador: _____

- 2 -

100001

CAMBIOS DE DOMICILIO

Calle: Pasaje Italia
 Nº: 268 Piso: Dpto:
 Ciudad o Pueblo: Villa del Rosario
 Part. o Dpto: Rio Segundo
 Barrio: Monoblock:
 Provincia: Cordoba Of. Ident. 450
 Fecha: 05/05/2011
 Sello: [Stamp]
 Firma: [Signature]

Calle: _____
 Nº: _____ Piso: _____ Dpto: _____
 Ciudad o Pueblo: _____
 Part. o Dpto: _____
 Barrio: _____ Monoblock: _____
 Provincia: _____ Of. Ident. _____
 Fecha: _____
 Sello: _____
 Firma: _____

CAMBIOS DE DOMICILIO

Calle: Av. Perito Moreno
 Nº: 2063 Piso: Dpto: -
 Ciudad o Pueblo: Ushuaia
 Part. o Dpto.: Ushuaia
 Barrio: Monoblock: -
 Provincia: T. DEL FUEGO Of. Ident. 1474
 Fecha: 22/04/2011
 Sello: [Stamp]
 Firma: [Signature]

Calle: CASA
 Nº: 22 Piso: - Dpto: -
 Ciudad o Pueblo: Ushuaia
 Part. o Dpto.: Ushuaia
 Barrio: 40 VIVENAS Monoblock: -
 Provincia: T. DEL FUEGO Of. Ident. 1474
 Fecha: 26/08/2011
 Sello: [Stamp]
 Firma: [Signature]