

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD - LEY 22.431

Los abajo firmantes certifican la discapacidad de la persona cuyos datos se detallan a continuación

APELLIDO Y NOMBRES: **ALTOBELLI LUISA NORA**

D.N.I. / LE / LC: **4.568.389**

Fecha de Nacimiento: **25 / 11 / 42** Edad: **68 años**

Nacionalidad: **Argentina**

Domicilio actual: **Achaval 229 C.A.B.A.**

DIAGNOSTICO: CIE10 **Q65.0- Secuela displasia congénita cadera izquierda.**

DSM IV

DIAGNOSTICO FUNCIONAL: CIDDMi

(MODORA)

Deficiencia: **71-74** Discapacidad: **36-39; 41-42-45-47; 67; 71**

Minusvalia: **2.3; 3.3; 4.3**

Fecha de Emisión del presente: **30 / 8 / 2011**

Validez del Certificado: **VALIDO HASTA 30 / 8 / 2021**

Ley 23876 Art. 1. En los casos en que el tipo de discapacidad lo requiera, el pase indicará que también se cubra al acompañante SI ☐ NO ☒ (Marcar con X lo que corresponde)

De conformidad con lo dictaminado por la Junta Evaluadora corresponde otorgar la certificación de acuerdo con el Art. 3 de la Ley 22.431.

Firma Miembro Junta y Aclaración

DR. ROBERTO THIACODIMITRIS
OTORRINOLARINGOLOGO
Hospital de Rehabilitación M. Rocca
M.N. 40515
Firma Miembro Junta y Aclaración

DR. MARIA LUISA KUN
SUB-DIRECTORA MEDICA
HOSP. REHAB. MANUEL ROCA
Firma Director Establecimiento