

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

FORMULARIO 2

La Junta Médica Descentralizada de (lugar) Tm. 1  
constituida por Ley 10.592, dictamina que el Sr./a BACHMANN, KARINA  
D.N.I. 70.729.929.... Fecha de nacimiento 20/7/69.... Edad 36  
Estado civil soltera.... Nacionalidad Argentina  
Domicilio actual 4 de Abril 1587  
presenta una discapacidad/deficiencia médica VISERAL, MENTAL, MOTORA, AUDITIVA,  
VISUAL; PARCIAL o TOTAL: PERMANENTE ( ) TRANSITORIA. (tachar lo que no corres-  
ponda).

Se extiende el presente al interesado, en cumplimiento del artículo 3º de la Ley 10.592, en la ciudad de T. A. A. D. I. a los 14 días del mes de octubre de 2005 por el término de permanente y para la siguiente finalidad:

Accompagnante: (SI) - NO

Firma y aclaración:

JORGE ALEJANDRO LOPEZ  
M. 100-100000  
M. 100-100000

Co. ALBERTO M. GOMEZ  
COORDINADOR  
AREA PASES Y FRANQUICIAS  
SECRETARIA DE TRANSPORTE

Dr. OSMAR A. GARCIA A LENDI  
DIRECTOR MEDICO AJUDADO  
Hospital Municipal "R. Santamarina"