

Dirección Nacional de Políticas y Regulación de Servicios

Turno:	 JJ.
Hora:	

SOLICITUD DE CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD

La evaluación por parte de la Junta Evaluadora Interdisciplinaria es presencial. La presente reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.

COMPLETAR Y MARCAR LO QUE CORRESPONDA			
DATOS DE LA PERSONA A EVALUAR			
APELLIDO/S			
NOMBRE/S			
FECHA DE NACIMIENTO GÉNERO Masculino Transexual Femenino Otro			
DOCUMENTO DE DNI F LC PAS			
IDENTIDAD TIPO			
DNI M LE CI L			
NRO.DOCUMENTO CUIT/CUIL			
NACIONALIDAD TIPO Nativo Naturalizado			
TIPO DE Transitoria Permanente FECHA RESIDENCIA Temporaria Precaria VENCIMIENTO			
DOMICILIO			
PROVINCIA DEPARTAMENTO			
LOCALTDAD			
LOCALIDAD			
Cod. postal Teléfono			
EMAIL			
CIMAIL			
ESTADO CIVIL			
Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Unión civil / convivencial			
ADQUIRIÓ VEHÍCULO A TRAVÉS DE LEY 19.279 SI NO FECHA			
POSEE SÍMBOLO INTERNACIONAL DE ACCESO SI NO			
En caso de cumplir con todos los requisitos exigidos por el ordenamiento legal de asignaciones familiares: ¿La persona con discapacidad estaría interesada en percibir las asignaciones SI NO			

Completar sólo en los casos que el solicitante no sea la persona a evaluar

PARA EL CASO DE PERSONAS A EVALUAR MAYORES DE EDAD:			
Interesado/a con apoyo designado judicialmente (art. 43 Código Civil y Comercial de la Nación)			
* Interesado/a con apoyo extrajudicial (art. 103 in fine Código Civil y Comercial de la Nación).			
Curador/a designado judicialmente (art. 32 Código Civil y Comercial de la Nación).			
* Nota Aclaratoria " En el ámbito extrajudicial el Ministerio Público actúa ante la ausencia, carencia o inacción de los representantes legales, cuando están comprometidos los derect sociales, económicos y culturales".			
PARA EL CASO DE PERSONAS A EVALUAR MENORES DE EDAD:			
	-L-\		
	ite		
APELLIDO/S			
NOMBRE /C			
NOMBRE/S	-		
DOCUMENTO DE DNI F LC PAS	1		
IDENTIDAD TIPO DNI M LE CI País			
Pais			
	_		
NRO.DOCUMENTO NACIONALIDAD			
DOMICILIO			
DOMICIEIO			
	_		
Cod model			
Cod. postal Localidad			
PROVINCIA Nro. TELÉFONO			
En caso de Tutor/a, Guardador/a, Curador/a o Apoyo completar la siguiente informaci	'nn:		
En caso de rator, a, carador, a, carador, a o Apo, o completar la siguiente informaci	7111		
PROVISORIO DEFINITIVO Fecha de designación	\neg		
PROVISORIO DEFINITIVO Fecha de designación			
	—		
JUZGADO			
	_		
SECRETARÍA Depto. JUDICIAL	\neg		
DEPICITORIAL DEPICITAL			
	_		
FISCALÍA			
	_		
DEFENSORÍA	\neg		
DEFENSORIA			
	_		
LUGAR Y FECHA			
LUGAR Y FECHA , , ,			
LUGAR Y FECHA , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
LUGAR Y FECHA , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	<u></u>		
LUGAR Y FECHA , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
LUGAR Y FECHA , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
LUGAR Y FECHA , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
LUGAR Y FECHA , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
LUGAR Y FECHA , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	. <u></u>		
LUGAR Y FECHA , FIRMA DEL INTERESADO / A ACLARACIÓN DE FIRMA			