

TURNO .....

...../...../.....

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 según corresponda

APELLIDO/S			
RUEDI			
NOMBRE/S			
NATALIA ALBINA			
FECHA DE NACIMIENTO	27-04-1985	GÉNERO	FEMENINO
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DNI	ARGENTINA	
		PAÍS	
NRO. DOCUMENTO	31500521	CUIL	27315005219
NACIONALIDAD	ARGENTINA	TIPO	NATIVO
TIPO DE RESIDENCIA		FECHA DE VENCIMIENTO	
DOMICILIO			
ALEM 613			
PROVINCIA	ENTRE RÍOS	DEPARTAMENTO	LA PAZ
LOCALIDAD			
LA PAZ			
COD. POSTAL	3190	TELÉFONO	3437546033
EMAIL			
RUEDINATALIARUEDI@GMAIL.COM			
ESTADO CIVIL			
SOLTERO			
ADQUIRIÓ VEHÍCULO A TRAVÉS DE LEY 19.279	NO	FECHA	
POSEE SÍMBOLO INTERNACIONAL DE ACCESO			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 familiares vinculadas a la discapacidad a las que pudiese tener derecho?			SI
LUGAR		FECHA	
FIRMA DEL INTERESADO/A MADRE - PADRE - TUTOR - GUARDADOR/A - CURADOR/A - APOYO		ACLARACIÓN DE FIRMA	



**COMPLETAR SOLO EN CASO DE QUE EL SOLICITANTE NO SEA LA PERSONA A EVALUAR**

PARA EL CASO DE PERSONAS A EVALUAR MAYORES DE EDAD

PARA EL CASO DE PERSONAS A EVALUAR MENORES DE EDAD

MADRE, PADRE O TUTOR

APELLIDO/S

NOMBRE/S

DOCUMENTO DE  
IDENTIDAD

PAÍS

NRO. DOCUMENTO

NACIONALIDAD

DOMICILIO

COD. POSTAL

LOCALIDAD

PROVINCIA

NRO. DE TELÉFONO

EN CASO DE TUTOR/A, GUARDADOR/A, CURADOR/A, O APOYO COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

DESIGNACIÓN

FECHA

JUZGADO

SECRETARÍA

DPTO. JUDICIAL

FISCALÍA

DEFENSORÍA

LUGAR

FECHA

FIRMA DEL INTERESADO/A MADRE - PADRE - TUTOR -  
GUARDADOR/A - CURADOR/A - APOYO

ACLARACIÓN DE FIRMA

