



SOLICITUD DE CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD

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

COMPLETAR Y MARCAR LO QUE CORRESPONDA

DATOS DE LA PERSONA A EVALUAR

APELLIDO/S
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

NOMBRE/S
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FECHA DE NACIMIENTO | | | | | | | | **GENERO** MASCULINO TRANSEXUAL
FEMENINO OTRO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD TIPO DNI F LC PAS
DNI M LE CI
PAIS

NRO. DOCUMENTO | | | | | | | | **CUIT/CUIL** | | - | | | | | | | | - | |

NACIONALIDAD | | | | | | | | **TIPO** NATIVO NATURALIZADO

TIPO DE RESIDENCIA TRANSITORIA PERMANENTE
TEMPORARIA PRECARIA **FECHA DE VENCIMIENTO** | | | | | | | |

DOMICILIO
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PROVINCIA
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

LOCALIDAD / BARRIO
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

COD. POSTAL | | | | **Teléfono part.** | | | | | | | | **TELEFONO CELULAR** | | | | | | | | | | | | | | | |

EMAIL
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ESTADO CIVIL
Soltero/a casado/a separado/a divorciada/o viuda/o 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 familiares vinculadas a la discapacidad a las que pudiese tener derecho? SI NO

LUGAR Y FECHA FLORENCIO VARELA, / /

FIRMA DEL INTERESADO ACLARACIÓN DE FIRMA