

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

**Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social**

Lugar y Fecha: Belloq 31-10-2022

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a BAUTISTA MAYDANA a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística Chajalmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es LUCIANA GABRIELA CUSCO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

EES N°2

Fecha de ingreso:

3-12-2022

Bettinsoli

Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Tipo y N° doc:

Teléfono:

Fecha de nacimiento el/la menor:

Tipo y N° documento el /la menor:

NILDA SUSANA BETTINSOLI
ESTANCIA LA MATILDE
DE BELLOQC.

DE. BS. AS.

DNI. 23 558 937

2395 15 42 5907

19-06-2006

D.N.I. 47.055.219

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido BAUTISTA EZEQUIEL MAYORDANA
Domicilio del Titular ESTANCIA LA MATILDE
Ciudad CARLOS CASABIS Provincia DE BS AS
Tipo y N° de Documento DN I 47055219 Teléfono 011520465464
Fecha de Nacimiento 19082016

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros (especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO

Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: _____ BCG: _____ SARAMPION: _____ TRIPLE: _____ COVID: 2 DA DOSE

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SUSANA BETTINSOLI Teléfono: 2395.15425907

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

[Firma]
Firma

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido **B A U T I S T I A E Z E Q U I E L M A Y D A V A**

Domicilio del Titular **E S T A N S I A I A M A T I L D E**

Ciudad **C A R L O S C A S A B E S** Provincia **D E B S A S**

Tipo y N° de Documento **D N I 4 7 0 5 5 2 1 9** Teléfono **0 7 1 2 6 4 6 5 4 6 4**

Fecha de Nacimiento **1 9 0 6 2 0 0 6**

2. INFORMANTE

Madre Padre Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1 Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? _____

3.2 Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa _____

3.3 Tiene algún tipo de alergia SI (*) NO
(*) Síntomas _____
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1 Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

4.2 Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3 Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN BCG SARAMPION TRIPLE

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido **D: DA SUSANA BETHUSOLI** Teléfono **02395425907**

Cobertura Médica _____ Teléfono _____

N° Afiliado: _____

[Firma]
Firma



REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
 REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
 MINISTERIO DEL INTERIOR

Apellido / Surname
MAYDANA

Nombre / Name
BAUTISTA EZEQUIEL

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M **ARGENTINA** **A**

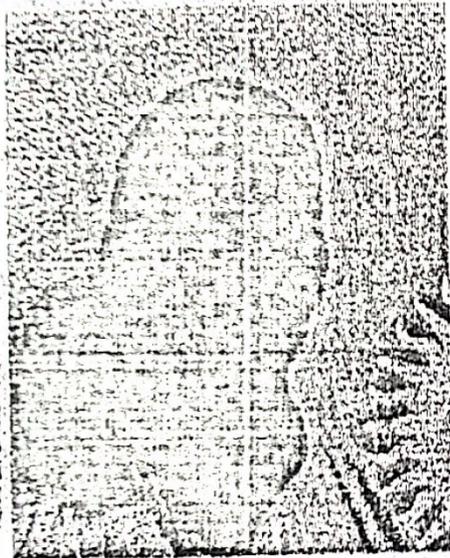
Fecha de nacimiento / Date of birth
19 JUN / JUN 2006

Fecha de emisión / Date of issue
23 NOV / NOV 2021

Fecha de vencimiento / Date of expiry
23 NOV / NOV 2036

BAUTISTA

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE



RENAPER EMISORA S22

Documento / Document

47.055.219

Trámite N° / Of. ident.

00681896042

8013



47055219

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Bellop 31.10.2022

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a MARIANO OSTI a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHALAPUAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. HELENA GABRIELA CESIO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES Nº 2

Fecha de ingreso: 03.12.2022


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: MARCELO OSTI

Domicilio: ESTANCIA SANTA MARIA

Localidad: PEHUARO

Provincia: DS AS

Tipo y N° doc: DNI 20319219

Teléfono: 2314511748

Fecha de nacimiento el/la menor: 25/11/2005

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 47064625

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MARIANO OSHI
Domicilio del Titular ESFANCLIA SANTA MARÍA
Ciudad PEHUAYO Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNF97064625 Teléfono 2374542416
Fecha de Nacimiento 25/1/05

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

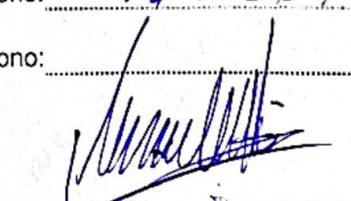
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 6 BCG: 2 SARAMPION: 2 TRIPLE: 5 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido Luciano GARRERA Lucio Teléfono: 2396423610
Cobertura Médica: LA PEQUEÑA FLIA Teléfono:

N° Afiliado: 47064625


Firma

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido MARTIANO OSTI

Domicilio del Titular ESTANCIACION SANAA MARIA

Ciudad PEHUATO Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento DNI 47064625 Teléfono 2314542416

Fecha de Nacimiento 25/11/05

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO Cual?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 6 BCG: 2 SARAMPION: 2 TRIPLE: 5

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARCELO OSTI

Teléfono: 231451748

Abertura Médica: LA PEQUEÑA FLIA

Teléfono:

Afiliado: 47064625



Firma



De hallar esta tarjeta por favor
devolverla a la oficina más cercana.
www.ipfmedicinaprepaga.com.ar

GRUPO SIGMA

La presente credencial es personal e intransferible.
Deberá presentarse en todo requerimiento de atención.
Junto con el documento de identidad del afiliado.
A último estado de salud.



MEDICINA INTEGRAL

Titular: OSTI MARIANO

N° Afiliado: 47064625

Doc: 47064625

Ingreso: 01/07/19

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

Lugar y Fecha: Belloq 31.10.2022

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a FERNANDO REIDA a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPALMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(a) LUCIANO GABARRA CUSCO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: FES N°2

Fecha de ingreso: 03.12.2022

PAOLA LAZO
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: PAOLA LAZO

Domicilio: Belloq

Localidad: Belloq

Provincia: BLAS

Tipo y N° doc: 26.258.157

Teléfono: 2396) 548060

Fecha de nacimiento el/la menor: 17/3/2006

Tipo y N° documento el/la menor: 47.279.005 DNI

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido FERNANDO JAIMEO REIJA

Domicilio del Titular BELLOCQ

Ciudad BELLOCQ Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento DNI 547279005 Teléfono 02396518686

Fecha de Nacimiento

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1 Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? _____

3.2 Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa _____

3.3 Tiene algún tipo de alergia SI (*) NO
(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1 Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar _____

4.2 Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3 Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 5 BCG: 2 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LUCIANA GABARZA CUSCÓ Teléfono: 2396.423610

Cobertura Médica: IPF. Teléfono: _____

N° Afiliado: 2009346/03

L. Cuscó
Firma

La presente credencial es personal e intransferible
deberá presentarse en todo requerimiento de atención
junto con el documento de identidad del afiliado
y último recibo de sueldo

GRUPO SURA



De hallar esta tarjeta por favor
devolverla a la oficina mas cercana.
Oficina central - Belgrano 242 (B6000GZF)
Junín - Bs. As. - Tel.: (0236) 444-3440

MEDICINA INTEGRAL

Titular: **REIJA FERNANDO IRINEO**

Nº Afiliado: **2009346/03**

Doc: **47279005**

Ingreso: **01/12/16**

Lugar y Fecha: Belloq 31.10.2022

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a TOMAS TORRES a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPALMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es LUZIANA GABRIELA CUSÓ que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EEB N°2

Fecha de ingreso: 3.12.2022


Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: Patricia Vazquez

Domicilio: Belloq

Localidad: Carlos Casarini

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 28672718

Teléfono: 2396-423812

Fecha de nacimiento el/la menor: 24 de Noviembre 2005

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 47087716

Ministerio de Turismo

Turismo Social

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido: THOMAS FORNABATI

Domicilio del Titular: BEULLOCCO

Ciudad: CARLOS CASARES Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: DNI 47087716 Teléfono: 2396423812

Fecha de Nacimiento: 24/11/05

2. INFORMANTE

Madre: Padre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? _____

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa: _____

3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(* Síntomas: A LAS HORTIGAS, SE HINCHA

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: _____ BCG: _____ SARAMPION: _____ TRIPLE: _____

CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LUIS GABRIEL CESI Teléfono: 2396-423610

Profesión Médica: OSDE Teléfono: _____

Filiado: 62095486503


Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

TOMAS HORMAZI

Domicilio del Titular

BELLOCO

Ciudad

CARLOS CASADEA

Provincia

BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento

DNI 47087716

Teléfono

2396423812

Fecha de Nacimiento

24/11/05

2. INFORMANTE

Titular

Padre/Madre:

Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI

NO

Cual?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?

SI

NO

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia:

SI (*)

NO

(*) Síntomas:

A las HORMIGAS se hincha.

Recibe Tratamiento permanente?

SI

NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico?

SI

NO

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente?

SI

NO

Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física?

SI

NO

Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN:

BCG:

SARAMPION:

TRIPLE:

COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:

Luciana Gabriela Cusco

Teléfono:

2396-423610

Cobertura Médica:

OSDE

Teléfono:

N° Afiliado:

62095456503

Firma



UP 195456 5 03 497

TOMAS TOMAS

210 31/08/2020

SECRETARÍA ARGENTINA MERCOSUR
SECRETARÍA NACIONAL DE LAS PERSONAS
INTERIOR

Apellido / Surname

TORNATI

Nombre / Name

TOMÁS

Sexo / Sex

M

Nacionalidad / Nationality

ARGENTINA

Ejemplar

A

Fecha de nacimiento / Date of birth

24 NOV/ NOV 2005

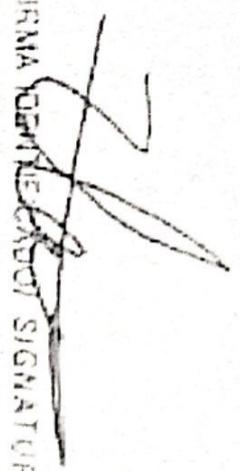
Fecha de emisión / Date of issue

24 ENE/ JAN 2020

Fecha de vencimiento / Date of expiry

24 ENE/ JAN 2035

FIRMA IDENTIFICADORA DE SIGNATURE



Trámite Nº / Of. Ident

00625372941

8013



47087716

Ministerio de Turismo y
Deportes de la Nación
Dirección Nacional de
Turismo Social

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Bellocoy 1.11.2022

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a SILVESTRE VACCARO a participar del Programa de Turismo Social, que comprende la presentación de los servicios de hospedaje y alimentación y actividades didácticas recreativas en la Unidad Turística CHAPACMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr^{as} LUCCIANA GABRIELA CUSCO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N°2

Fecha de ingreso: 03.12.2022

Prisca B. De Jonte
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: RODOLFO DE MARCO

Domicilio: EL BAGOAL

Localidad: Bellocoy

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: D.N.I. 28.048.046

Teléfono: 2395 420089

Fecha de nacimiento el/la menor: 16/1/2006

Tipo y N° documento el /la menor: 47.017.684 D.N.I

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre y Apellido

VACCARO SILVESTRE

Domicilio del Titular

BELLORC

Ciudad

Provincia

BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento

D.N.I. 47017684

Teléfono

2395420089

Fecha de Nacimiento

16/1/2006

2. INFORMANTE

Madre:

Padre:

Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

SI NO

Cual?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?

SI NO

Causa:

3.3. Tiene algún tipo de alergia:

SI (*) NO

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente?

SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico?

SI NO

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente?

SI NO

Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física?

SI NO

Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 5 Dosis BCG: 1

SARAMPION: 2 Dosis

TRIPLE: 5 Dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Luciana GABRIELA Lucio

Teléfono: 2396-423610

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

Firma: Lucio G. Lucio

