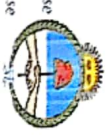


<b>Datos del Viaje</b>	Opción 1	Opción 2
Destino:	Chapadmalal	Chapadmalal
Tipo de Alojamiento:		
Fecha de Ingreso:	26/11/2023	29/11/2023

**Referencia:**  
(en caso de haber sido ingresado)



**Ministerio de Turismo y Deportes Argentina**

[www.argentina.gob.ar/turismoydeportes/social](http://www.argentina.gob.ar/turismoydeportes/social)

**TURISMO SOCIAL**

**TARIFAS**

El transporte corre por cuenta de las personas interesadas. La recepción del trámite no asegura la obtención de las plazas, tampoco se anticipa reservas.  
El primer integrante de la planilla se considera como el titular de la reserva

N°	N° de Documento	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Tarifa * (seleccionar)	Motivo * (seleccionar)	Observaciones	tipo de discapacidad (Solo en caso de discapacidad)	Sexo
1	28.493.888	Rios	Carolina	18/01/1981	Sin cargo	no completar		no completa	
2	48.635.934	Guerreiro	Uma	19/04/2008	Sin cargo				
3	48.512.779	Suarez	Santiago	23/01/2008	Sin cargo				
4	48.286.185	Baroncini	Aldana	28/03/2008	Sin cargo				
5	48.238.928	Abraham	Joaquin	02/08/2007	Sin cargo				
6	48.101.183	Pazos	Morena	03/05/2007	Sin cargo				
7	47.737.681	Gauto	Leonel Roman	05/12/2006	Sin cargo				
8	47.681.645	Permigotti	Albertina	01/11/2006	Sin cargo				
9	47.454.018	Rodriguez	Belén	05/09/2006	Sin cargo				
10	47.437.768	Rojas	Dylan	19/12/2006	Sin cargo				
11	47.275.477	Maidana	Anita	22/08/2006	Sin cargo				
12	46.740.737	Fernandez	Agustina	16/09/2005	Sin cargo				
13	39.095.967	Villalba	Sasha	21/01/1995	Sin cargo				
14					Sin cargo				
15					Sin cargo				

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido CAROLINA ANA ROS  
Domicilio del Titular 156 N° 42  
Ciudad HUASCAYAN Provincia BUNENSA  
Tipo y N° de Documento DNI 22841355 Teléfono 12327-6677  
Fecha de Nacimiento 17/07/88

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  Cual: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: \_\_\_\_\_ BOG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: COMPLETO TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: 4

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Carolina A. Ros Teléfono: (11) 2327 6677

Cobertura Médica: IONA Teléfono: \_\_\_\_\_

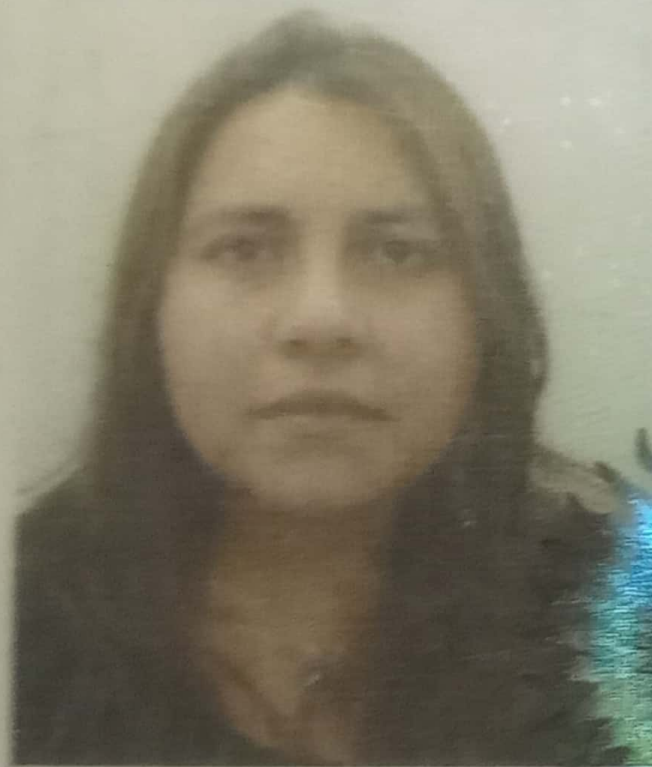
N° Afiliado: \_\_\_\_\_

  
Firma



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

20195000



Apellido / Surname

RIOS

Nombre / Name

CAROLINA AIXA

Sexo / Sex

F

Nacionalidad / Nationality

ARGENTINA

Ejemplar

A

Fecha de nacimiento / Date of birth

18\_EVE / JAN 1981

Fecha de emisión / Date of issue

06\_MAY / MAY 2014

Fecha de vencimiento / Date of expiry

06\_MAY / MAY 2029

FIRMA IDENTIFICADOR / SIGNATURE

Documento / Document

28.493.888

Trámite N° / Of. ident.

00263610568

7077



DOMICILIO: CALLE 147 Y 56 5594 - HUDSON - BERAZATEGUI -  
BUENOS AIRES

LUGAR DE NACIMIENTO BUENOS AIRES



Cr. A. Florencio Randazzo  
Ministro del Interior



PULGAR

ID ARG 28493888 < 2 < < < < < < < < < < < < < < <  
8101187F2905062 ARG < < < < < < < < < < < < < <  
RIOS < < CAROLINA < AIXA < < < < < < < < < < < <

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

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

Lugar y Fecha: Platones 15/11

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Vma Guerrero 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 Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Villalba SASHA y Flores Cordero que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Esc. N° 52

Fecha de ingreso: 26/11/23

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

Aclaración: Veronica Guerrero

Domicilio: 158 N° 4240 9/42 y 43

Localidad: Platones

Provincia: Bs. AS.

Tipo y N° doc: DNI. 31519356

Teléfono: 1133734298

Fecha de nacimiento el/la menor: 19/04/08

Tipo y N° documento el /la menor: 40635934

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido Vma Guillermina Guerrero  
Domicilio del Titular 1589/42 y 43 N°4240  
Ciudad Berazategui Provincia BS AS  
Tipo y N° de Documento DVZ 48635934 Teléfono 1133734258  
Fecha de Nacimiento 190408

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: obstrucción urinario.

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: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Verañico Aguerre Teléfono: 1133734258 / 1122956130 (ma)  
Cobertura Médica: OSDE Teléfono: \_\_\_\_\_  
N° Afiliado: 02561711702

  
Firma



COMANDO EN JEFE FUERZA AEREA ARGENTINA  
COMANDO EN JEFE FUERZA AEREA ARGENTINA  
COMANDO EN JEFE FUERZA AEREA ARGENTINA



Apellido / Surname  
**GUERRERO AGUIRREDO**

Nombre / Name  
**UMY GUILLERMINA**

Ejército / Sex  
**ARGENTINA**      Nacionalidad / Nationality  
**ARGENTINA**      Estandar

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**APR 2008**

Fecha de emisión / Date of issue  
**OCT 2023**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**OCT 2033**

FRAN DEL IDENTIFICACION SGNR/RE

Documento / Document

**48.635.934**

Trámite N° / Of Ident

**00712402884**  
**7591**



DOMICILIO: 158 4240 - PLÁTANOS - BERAZATEGUI - BUENOS AIRES  
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES



Dr. Eduardo E. de Pedro  
Ministro del Interior



HUELLA DACTILAR

**CUIL: 27-48635934-5**

CBR4D4057EFB440F9482D8E6R348C37D

IDARG48635934<6<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<  
0804194F3810235ARG<<<<<<<<<<<<<<<<4  
GUERREIRO<AGUERRIDO<<UMA<GUILL



DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

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

Lugar y Fecha: PLATANOS 15/11/23


Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a SUAREZ SANTIAGO J. 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 CHAPADYMAPAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras J es VILLALBA SASHA - DIOS CAROLINA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: CCS N° 32

Fecha de ingreso: 26/11/2023

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

Aclaración: CONTRERA MAIRA

Domicilio: 43 y 100 N° 6061

Localidad: PLATANOS

Provincia: BS AS

Tipo y N° doc: DNI 39.862.735

Teléfono: 1163372159

Fecha de nacimiento el/la menor: 23/01/2008

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48.912.779

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: SANTIAGO JONATAN SUAREZ  
Domicilio del Titular: CALLE 43 Y 160 N 6061  
Ciudad: BERAZATEGUI Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: DNI 46512779 Teléfono: 1154204836  
Fecha de Nacimiento: 23/01/08

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) COMPLETO

SABIN: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

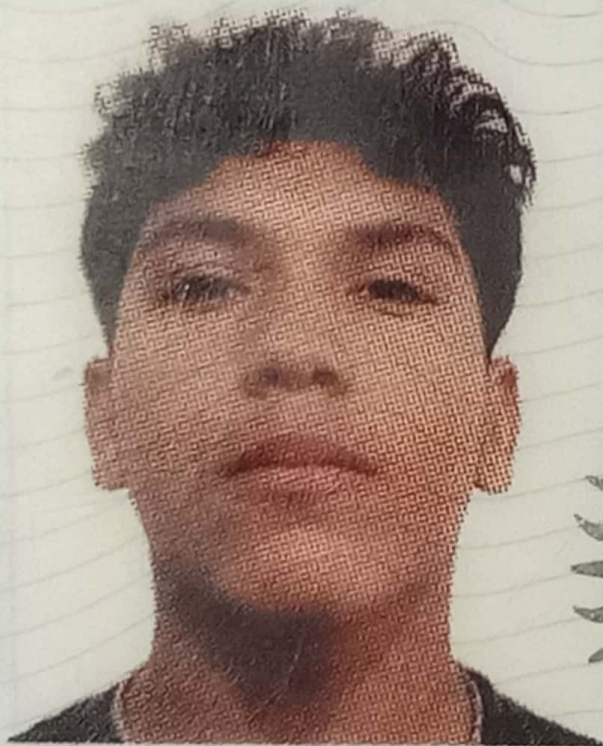
Nombre y Apellido: MAIRA CONTRERA Teléfono: 1163372159 / CASA 42155875  
Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
N° Afiliado: \_\_\_\_\_

  
Firma



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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Apellido / Surname  
**SUAREZ**

Nombre / Name  
**SANTIAGO JONATAN**

Sexo / Sex	Nacionalidad / Nationality	Ejemplar
<b>M</b>	<b>ARGENTINA</b>	<b>A</b>

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**23 ENE / JAN 2008**

Fecha de emisión / Date of issue  
**17 FEB / FEB 2023**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**17 FEB / FEB 2038**

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

RENAPER EMISIÓN 002

Documento / Document

**48.512.779**

Trámite N° / Of. ident.  
**00700860598**  
**7591**





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

DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

Lugar y Fecha: 15/11/2023 PLATANOS

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a BARBONCINI ALDANA 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 Complejo Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es Rios Carolina - Villalba SASHA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ESC. N° 52

Fecha de ingreso: 26/11/2023

Baroncini Gerica

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

Aclaración: Baroncini Gerica

Domicilio: 45 A de 16 de Mayo N° 6205

Localidad: Platanos

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: 30.551.701

Teléfono: 4215-2658

Fecha de nacimiento el/la menor: 28 de marzo de 2008

Tipo y N° documento el /la menor: 48.186.286

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: ALDANA ROCIO BERONCINI

Domicilio del Titular: 45A EJ 61 W 162 N° 6203

Ciudad: BETAGUA + EGU Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° de Documento: 48186286 Teléfono: 4215 + 2658

Fecha de Nacimiento: 28/3/2003

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: 1 BCG: 2 SARAMPION: 1 TRIPLE: 2 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Yesica Beroncini Teléfono: 4215-2658

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: 1171365080

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

Beroncini  
Firma



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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Apellido / Surname  
**BARONCINI**

Nombre / Name  
**ALDANA ROCIO**

Sexo / Sex	Nacionalidad / Nationality	Ejemplar
<b>F</b>	<b>ARGENTINA</b>	<b>A</b>

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**28 MAR / MAR 2008**

Fecha de emisión / Date of issue  
**25 SEP / SEP 2023**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**25 SEP / SEP 2038**

**ALDANA BARONCINI**

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

RENAPER EMISIÓN 002

Documento / Document

**48.286.186**

Trámite N° / Of. ident.

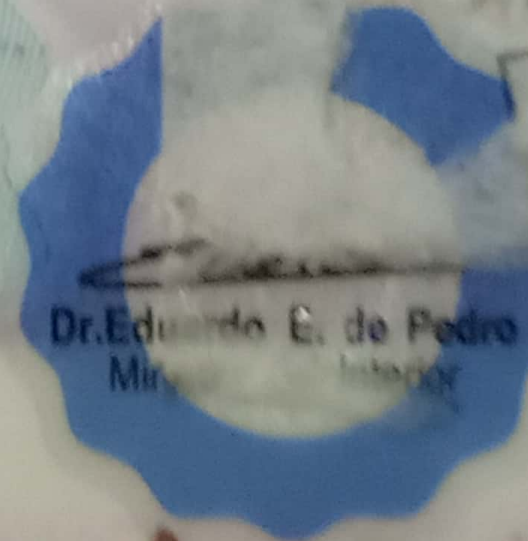
**00710978448  
 9546**



DOMICILIO: 45A 6205 - PLÁTANOS - BERAZATEGUI  
 BUENOS AIRES  
 LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES



CUIL: 27-48286186-0



Dr. Eduardo E. de Pedro  
 Ministro del Interior



HUELLA  
 DACTILAR

IDARG48286186<3<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<  
 0803289F3809259ARG<<<<<<<<<<<<<<<<<<<2  
 BARONCINI<<ALDANA<ROCIO<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<



**DECLARACION  
JURADA**  
Autorización viaje  
menores

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

Lugar y Fecha: 15 de NOVIEMBRE PLATANOS

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ABRAHAM JOAQUIN 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 \_\_\_\_\_, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es VILLALBA SASHA RIOS CAROLINA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 52

Fecha de ingreso: 26/11/23

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

Aclaración: ROMERO FLAVIA

Domicilio: 161 el 44 y 44A

Localidad: PLATANOS

Provincia: BS. AS

Tipo y N° doc: DNI. 31.614.964

Teléfono: 1124893036

Fecha de nacimiento el/la menor: 2/8/07

Tipo y N° documento el /la menor: DNI. 48.238.928

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: JOAQUIN ABRAHAM  
Domicilio del Titular: 161 PATRE 44 Y 44 A  
Ciudad: BERRAZATEGUI Provincia: BS AS  
Tipo y N° de Documento: DNE 48238928 Teléfono: 1124893036  
Fecha de Nacimiento: 2/8/07

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) *COMPLETO*

SABIN: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: *2 dosis*

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: *SANTA BASSE* Teléfono: *1141565379*

Cobertura Médica: *NO* Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

*[Firma]*  
Firma



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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Apellido / Surname  
 ABRAHAM

Nombre / Name  
 JOAQUIN ARIEL

Sexo / Sex      Nacionalidad / Nationality  
 M                      ARGENTINA

Ejemplar  
 A

Fecha de nacimiento / Date of birth  
 02 AGO / AUG 2007

Fecha de emisión / Date of issue  
 19 SEPT / SEP 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
 19 SEPT / SEP 2038

*[Signature]*  
 FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

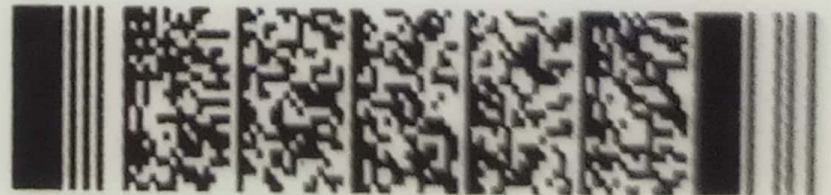
RENAPER EMISIÓN 002

Documento / Document

48.238.928

Trámite N° / Of. ident.

00710847720  
 7591





(13)

**DECLARACION  
JURADA**  
Autorización viaje  
menores

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

Lugar y Fecha: 15 de Noviembre Plataos

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Morena Pozos 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 Complejo turístico Chapamala, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es Villalba Sesta, Ríos Cordino que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S N° 52

Fecha de ingreso: 26/11/2023

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

Aclaración: Juana Pozos

Domicilio: Diagonal C N° 5225

Localidad: Plataos

Provincia: Buenos Aires.

Tipo y N° doc: 34414936

Teléfono: 1556134668

Fecha de nacimiento el/la menor: 03/05/2007

Tipo y N° documento el /la menor: 48.101.183

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MORENA PAZOS  
Domicilio del Titular: DIAGONAL C SZOS  
Ciudad: BERAZATEGUI Provincia: BUENOS AIRES  
Tipo y N° de Documento: 48101183 Teléfono: 1556134668  
Fecha de Nacimiento: 030507

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: \_\_\_\_\_

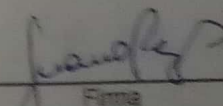
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cual: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: 3 dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: PAZOS Juana Teléfono: 1556134668  
Cobertura Médica: D.S.G. C.A.C. Teléfono: \_\_\_\_\_  
N° Afiliado: 48101183

  
Firma



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



Apellido / Surname  
**PAZOS**

Nombre / Name  
**MORENA ELIN**

Sexo / Sex

**F**

Nacionalidad / Nationality

**ARGENTINA**

Ejemplar

**A**

Fecha de nacimiento / Date of birth

**03 MAY / MAY 2007**

Fecha de emisión / Date of issue

**11 NOV / NOV 2021**

Fecha de vencimiento / Date of expiry

**11 NOV / NOV 2036**

*[Handwritten signature]*

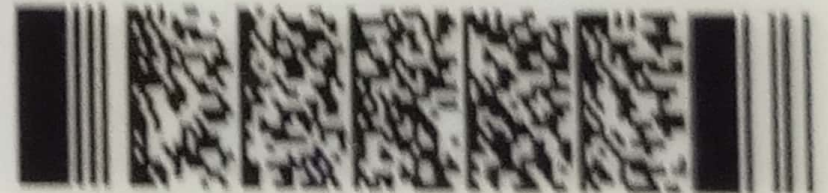
FIRMA IDENTIFICADOR / SIGNATURE

Documento / Document

**48.101.183**

Trámite Nº / Of. ident.

**00681431576  
 8003**







DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

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

Lugar y Fecha: 15/10/023 PLATANOS

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a GAUTO LEONEL 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 CHAPADMAZAZ, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es VIZLALVA SHAYÁ RÍOS CAOLINA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 82

Fecha de ingreso: 26/11/023

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

Aclaración: FERNANDEZ MARCELA

Domicilio: 157 N° 3979

Localidad: PLATANOS

Provincia: B.A.

Tipo y N° doc: DNI 22.742.240

Teléfono: 1130 996193

Fecha de nacimiento el/la menor: 5/12/2006

Tipo y N° documento el/la menor: DNI 47.737681

1. DATOS

Nombre y Apellido: LEONEL DOMINICANO GAUTO  
Domicilio del Titular: CALLE ISY 2394400P 31979 UITERE  
Ciudad: DE ARAZAFEGUI Provincia: BOENOSAIRES  
Tipo y N° de Documento: DUI 4773768J Teléfono: 1156212124  
Fecha de Nacimiento: 5/12/06

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: .....

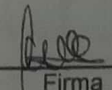
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: .....

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Si BCG: Si SARAMPION: Si TRIPLE: Si COVID: Si

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: JOSE GAUTO Teléfono: 1123426968  
Cobertura Médica: ..... Teléfono: .....  
N° Afiliado: .....

  
Firma



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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACION

Apellido / Surname  
 GAUTO

Nombre / Name  
 LEONEL ROMÁN

Sexo / Sex      Nacionalidad / Nationality      Ejemplar  
 M                      ARGENTINA                      A

Fecha de nacimiento / Date of birth  
 05 DIC / DEC 2006

Fecha de emisión / Date of issue  
 23 FEB / FEB 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
 23 FEB / FEB 2037

LEONEL

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

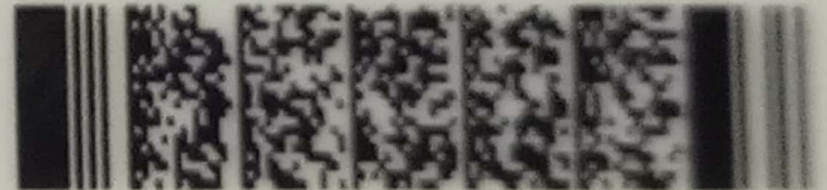


REMADEP EMISION 192

Documento / Document

47.737.681

Trámite N° / Of. Ident.  
 00685341794  
 7591



DOMICILIO: 157 3979 E/ 39A Y 40 - PLATANOS -  
 BERAZATEGUI - BUENOS AIRES  
 LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES



CUIL: 23-47737681-9



*Eduardo E. de Pedro*  
 Dr. Eduardo E. de Pedro  
 Ministro del Interior



HUELLA  
DACTILAR

ID ARG47737681<3<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<  
 0612058M3702235ARG<<<<<<<<<<<<<<<4  
 GAUTO<<LEONEL<ROMAN<<<<<<<<<<<<<

**DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores**

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

Lugar y Fecha: 15-11-23 PLATANOS

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ALBERTINA PERAIGOTTI 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 Chacabuco, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es VICALBA SASHA RIOS CAROLINA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Nº 52

Fecha de ingreso: 26/11/23

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

Aclaración: SILVANA PAOLA MAZO

Domicilio: 146 Nº 5544

Localidad: HUDSON

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y Nº doc: 30 483 244

Teléfono: 1133247840

Fecha de nacimiento el/la menor: 2/11/06

Tipo y Nº documento el /la menor: 47 681646

DECLARACION JURADA  
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: ALBERTINA PERDIGOTTI  
 Domicilio del Titular: 146 N5544  
 Ciudad: BERAZATEGUI Provincia: BUENOS AIRES  
 Tipo y N° de Documento: 47681646 Teléfono: 1133247840  
 Fecha de Nacimiento: 041106

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)

COMPLETO

SABIN: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Roberto Roberto PAOLA NAZO Teléfono: 1133247840

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

Roz  
Firma



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



Apellido / Surname  
**PERNIGOTTI**

Nombre / Name  
**ALBERTINA**

Sexo / Sex  
**F**

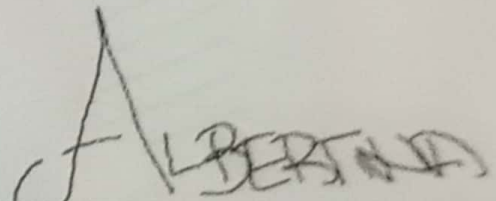
Nacionalidad / Nationality  
**ARGENTINA**

Ejemplar  
**A**

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**01 NOV/ NOV 2006**

Fecha de emisión / Date of issue  
**06 MAR/ MAR 2021**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**06 MAR/ MAR 2036**

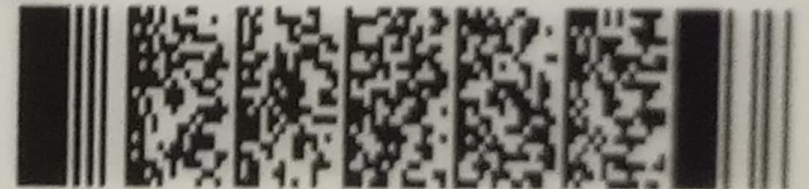
  
FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Documento / Document

**47.681.646**

Trámite N° / Of. ident.

**00651790395  
7490**



COMUNIDAD 146 5544 - HUDSON - BERAZATEGUI - BUENOS

CANTON DE NACIMIENTO BUENOS AIRES



*de Pedro*  
Dr. Eduardo E. de Pedro  
Ministro del Interior

CUIL: 27-47681646-2

PULGAR

IDARG47681646<6<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<  
0611017F3603066ARG<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<  
PERNIGOTTI<<ALBERTINA<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<



Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

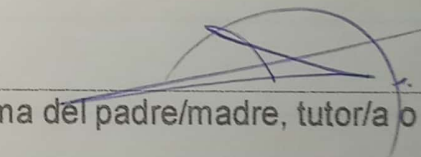
Lugar y Fecha: Berazategui, 25/11/23.-

Por la presente autorizo a mi hijo/a Rodriguez Maria Belen 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 Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras 1 es Carolina Ríos y Villalba Sasha.- que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Esa. Secundaria N° 52.-

Fecha de ingreso: 26/11/23.-

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

Aclaración: Silvana Bonina GHE

Domicilio: 369 A N° 1576

Localidad: Banelagb.-

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 25.476.841

Teléfono: 112-8179706

Fecha de nacimiento el/la menor: 05-09-2006.-

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 47.454.018.-

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: X A N I A B O L E W A O O R I G O E Z

Domicilio del Titular: 3 6 9 A W O I S T A

Ciudad: B E R A T O C O V I Provincia: B U E N O S A I R E S

Tipo y N° de Documento: B N J 4 9 4 5 4 0 1 2 Teléfono: 1 1 6 5 1 3 2 0 8 0

Fecha de Nacimiento: 0 5 0 9 0 6

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: X BCG: X SARAMPION: X TRIPLE: X COVID: X

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Ronina GHE Teléfono: 112 817 9706

Cobertura Médica: - IOMA - Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: - 47.454.018 -

  
Firma  
Ronina GHE



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



Apellido / Surname  
**RODRIGUEZ**

Nombre / Name  
**MARIA BELEN**

Sexo / Sex  
**F**

Nacionalidad / Nationality  
**ARGENTINA**

Ejemplar  
**A**

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**05 SET / SET 2006**

Fecha de emisión / Date of issue  
**12 ENE / JAN 2021**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**12 ENE / JAN 2036**

Trámite Nº / Of. ident.  
**00645523631  
7490**

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Documento / Document

**47.454.018**





DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

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

Lugar y Fecha: PLATANOS 15-11-23

Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a DILAN ROSAS 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 DE CHAPA MULA, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras / es VILLALBA SASHA RIOS CAROLINA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: E.E.S.N.52

Fecha de ingreso: 26-11-23

[Firma]

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

Aclaración: ROSAS SASHA

Domicilio: 393 ESPANA - NO 3902

Localidad: PLATANOS

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI - 31614856

Teléfono: 1159811462

Fecha de nacimiento el/la menor: 19/12/2006

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 47737768

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido DYWANNO AB  
Domicilio del Titular ESQUILVA 39 BMT 3907  
Ciudad BUSUMSALAES Provincia DEPARTAMENTO  
Tipo y N° de Documento DWJ9THHS1760 Teléfono 1159811492  
Fecha de Nacimiento 1912206

2. INFORMANTE

Titular APA Padre/Madre: APA 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: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Jorge Rosas

Teléfono: 1159811492

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

Jorge Rosas  
Firma



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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Apellido / Surname  
**ROJAS**

Nombre / Name  
**DYLAN SEBASTIAN**

Sexo / Sex	Nacionalidad / Nationality	Ejemplar
<b>M</b>	<b>ARGENTINA</b>	<b>A</b>

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**19 DIC / DEC 2006**

Fecha de emisión / Date of issue  
**19 MAY / MAY 2022**

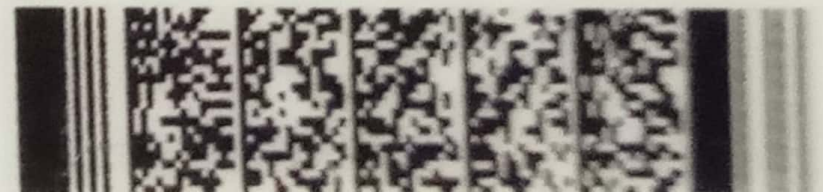
Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**19 MAY / MAY 2037**

*Dylan Rojas*  
 FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

**47.737.768**

Trámite N° / Of. ident.  
**00689039638**  
**7591**



DOMICILIO AV MITRE ESQ 39 A 3902 - PLÁTANOS -  
BERAZATEGUI - BUENOS AIRES  
LUGAR DE NACIMIENTO PROV. DE BUENOS AIRES



*Eduardo de Pedro*

Dr Eduardo E. de Pedro  
Ministro del Interior

CUIL: 20-47737768-9

BBA37E9C8C361DAC1A032D440A896151



HUELLA  
DACTILAR

IDARG47737768<1<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<  
0612195M3705199ARG<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<6  
ROJAS<<DYLAN<SEBASTIAN<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<



DECLARACION  
JURADA  
Autorización viaje  
menores

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

Lugar y Fecha: Platanes, 15/11/2023

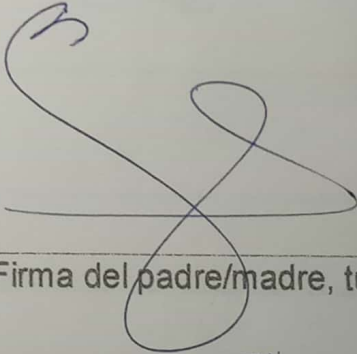
Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Maldana, Anita Magdalena 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 Abadía, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es Carolina Rios Villalba Sasha, que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: EES N° 52

Fecha de ingreso: 26/11/2023

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

Aclaración: Fello Miranda, Beudo I.

Domicilio: 147 N° 5584

Localidad: Guthrie E. Hudson

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 2494622

Teléfono: 1162781468

Fecha de nacimiento el/la menor: 22/8/2006

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 44.275.477

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: AUTIN Noe De Vito Halberda  
Domicilio del Titular: AUTIN Noe De Vito  
Ciudad: Hudson Provincia: Rio Negro  
Tipo y N° de Documento: 47275477 Teléfono: 1142781460  
Fecha de Nacimiento: 21/08/2000

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)

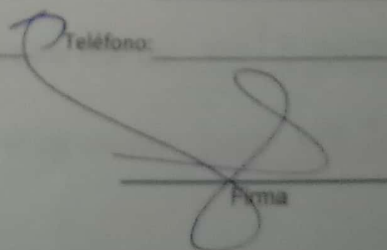
SABIN: Si BCG: Si SARAMPION: Si TRIPLE: Si COVID: Si

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Rando Leber Teléfono: 1162781460

Cobertura Médica: Jo no. Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: 22494622/03.

  
Firma



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

Apellido / Surname  
MAIDANA

Nombre / Name  
ANITA MAGDALENA

Sexo / Sex  
F

Nacionalidad / Nationality  
ARGENTINA

Ejemplar  
A

Fecha de nacimiento / Date of birth  
22 AGO / AUG 2006

Fecha de emisión / Date of issue  
01 OCT / OCT 2021

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
01 OCT / OCT 2036

*Anita*  
FIRMA IDENTIFICADOR / SIGNATURE



Documento / Document

**47.275.477**

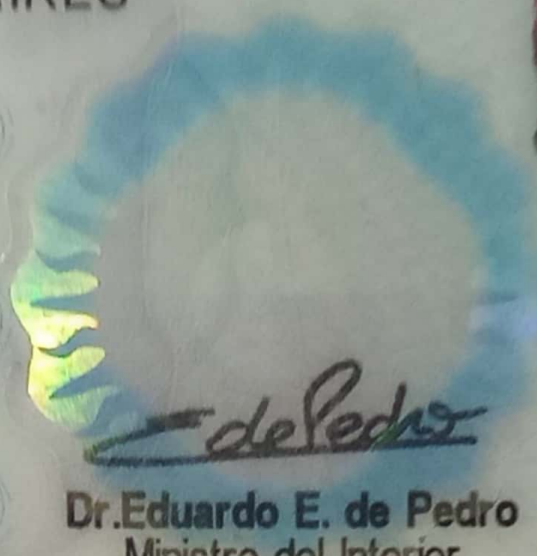
Trámite N° / Of. ident.  
00678411339  
7591



RENAPER EMISION 002

Nº 5594 - HUDSON - BERAZATEGUI - BUENOS

LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES



*de Pedro*  
Dr. Eduardo E. de Pedro  
Ministro del Interior

**CUIL: 27-47275477-2**

PULGAR

ID ARG 47275477 < 9 < < < < < < < < < < < < < < <  
0608222F3610011 ARG < < < < < < < < < < < < < < <  
MAIDANA < < ANITA < MAGDALENA < < < < < <

Lugar y Fecha: 15/11/2023 glaceros


Señor  
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Agustina Taccardet 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 Chapadmalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras 1 es Vilalba Susana y Bios Carolina que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: N° 52

Fecha de ingreso: 26/11/2023

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

Aclaración: Agustina

Domicilio: Calle 42 y 158

Localidad: Beraza Tegui

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNi 46 740 737

Teléfono: 112305 1287

Fecha de nacimiento el/la menor: 16/09/2005

Tipo y N° documento el/la menor: DNi 46 740 737

Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido AGUSTINA FERNANDEZ  
Domicilio del Titular 46 Y 158 N° 5870  
Ciudad Decazaaregvi Provincia Buenos Aires  
Tipo y N° de Documento 46740732 Teléfono 113384299  
Fecha de Nacimiento 160405

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)

Completo

SABIN: \_\_\_\_\_ BCG: \_\_\_\_\_ SARAMPION: \_\_\_\_\_ TRIPLE: \_\_\_\_\_ COVID: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Alejandro Fernandez Teléfono: 1139093245

Cobertura Médica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

N° Afiliado: \_\_\_\_\_

Mónica Pous  
Firma



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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Apellido / Surname  
**FERNANDEZ**

Nombre / Name  
**AGUSTINA NADIN**

Sexo / Sex  
**F**

Nacionalidad / Nationality  
**ARGENTINA**

Ejemplar  
**A**

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**16 SET / SET 2005**

Fecha de emisión / Date of issue  
**07 JUL / JUL 2021**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**07 JUL / JUL 2036**

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Documento / Document

**46.740.737**

Trámite Nº / Of. ident.  
**00665329228**  
**8285**







Ministerio de Turismo y Deportes  
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido Sasha Hilien Villalba  
Domicilio del Titular 57 B139A y 140 N° 3939  
Ciudad Berazategui Provincia Buenos Aires  
Tipo y N° de Documento DN 39095967 Teléfono 1169678089  
Fecha de Nacimiento 21/01/1995

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: \_\_\_\_\_

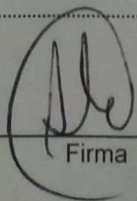
4.3. Presenta alguna limitación física? SI  NO  Cuál: \_\_\_\_\_

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: SI BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: SI COVID: SI

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Oscar Janga Teléfono: 01135684108  
Cobertura Médica: IOHA Teléfono: \_\_\_\_\_  
N° Afiliado: 239095967800

  
Firma



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

Apellido / Surname  
VILLALBA

Nombre / Name  
SASHA HILEN

Sexo / Sex    Nacionalidad / Nationality    Ejemplar  
F                    ARGENTINA                    B

Fecha de nacimiento / Date of birth  
21 ENE/ JAN 1995

Fecha de emisión / Date of issue  
02 DIC/ DEC 2021

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
02 DIC/ DEC 2036

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE



REEMPLAZA EMISIÓN 010

Documento / Document

**39.095.967**

Trámite N° / Of. ident.  
00682341296  
7874

