

TARIFAS

Datos del Viaje	Opción 1	Opción 2
Destino:	Chapadmalal	Chapadmalal
Tipo de Alojamiento:		
Fecha de Ingreso:		
Referencia: <small>(en caso de haber sido indicados)</small>		

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 cargar motivo Discapacidad)	Sexo
1	24.420.843	ACOSTA CORDE	ANDRÉS	24/02/75	Sin cargo	no completar	no completar	no completa	Masculino
2	44.343.505	SNAVEDRA	KEVIN ELIAS	03/12/02	Sin cargo				MASCULINO
3	58.799.635	SPADARO ACOSTA	SIMÓN	20/04/21	Sin cargo			AUTISMO	MASCULINO
4	40.014.557	SPADARO	CINTHIA NATALIA	24/12/96	Sin cargo				FEMENINO
5	45.521.673	TREVISAN	MAURICIO JAVIER	12/03/03	Sin cargo				MASCULINO
6	44.524.432	ZARACHO	KEVIN IVAN	01/11/02	Sin cargo				MASCULINO
7					Sin cargo				
8					Sin cargo				
9					Sin cargo				
10					Sin cargo				
11					Sin cargo				
12					Sin cargo				
13					Sin cargo				
14					Sin cargo				
15					Sin cargo				

1. DATOS

Nombre y Apellido ACOSTA CUFRE ANDRES
Domicilio del Titular CONSTITUCION 488
Ciudad ESCOBAR Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 24426843 Teléfono
Fecha de Nacimiento 040275

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: SINDROME VERTIGINOSO

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: 4 dosis.

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Spadolto Ariel Jorge (suegro) Teléfono: 3484312227

Cobertura Médica: UTA (O.S.C.T.C.P.) Teléfono: 3484456868
(Martinez Matias - Suegro)

N° Afiliado: _____

[Firma]
Firma

1. DATOS

Nombre y Apellido SAAVEDRA KEVIN ELIAS
Domicilio del Titular JUAN JOSE PASO 553
Ciudad ESCOBAR Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 44393505 Teléfono 3484303936
Fecha de Nacimiento 031202

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 dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Jonathan Cáceres (Hermano) Teléfono: 1169732479
Cobertura Médica: No poseo. Teléfono: 3484341477
N° Afiliado: X (Celeste Gonzalez - Ginecóloga)

Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: SPADARO AGOSTA SIMON
Domicilio del Titular: CONSTITUCION 498
Ciudad: ESCOBAR Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 58799635 Teléfono:
Fecha de Nacimiento: 200421

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: NEONATOLOGIA-BAJO PESO- PREMATURO.

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

(*) Sintomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: AUTISMO INFANTIL.

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: COVID: 4 DOSIS

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SPADARO ARIEL JORGE (ABUELO) Teléfono: 348451227

Obertura Médica: IOMA N°24000557602 Teléfono: 3484556868

Afiliado: UTA (O.S.C.T.C.P) 01150647
0004

(MARTINEZ AUCIA - ABUELA)

Firma

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Octubre 2023, Escobar

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a SERGIO ACOSTA SIMÓN 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 ACOSTA CUFRE ANDEL (CO-COORDINADOR OO.SS LA UNIDAD) que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: OO.SS. LA UNIDAD

Fecha de ingreso: NOVIEMBRE 2023

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

Aclaración: ANDEL ACOSTA CUFRE

Domicilio: RECTORA 1090

Localidad: ESCOBAR

Provincia: B.S.A.S

Tipo y N° doc: 24470843

Teléfono: 11 26933835

Fecha de nacimiento el/la menor: 20/04/2021

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 58.799.635

APELLIDO Y NOMBRES: SPADARO ACOSTA Simon
TIPO Y NRO DOC: D.N.I. - M - 58799635 N° CUIT/CUIL: 23587996359 F/NACIMIENTO: 20/4/2021

DIAGNÓSTICO: Autismo en la niñez Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje Trastorno asociado de la personalidad

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL:
FUNCIONES CORPORALES: b140.2 b110.2 b167.2
ESTRUCTURAS CORPORALES: s398.888 s110.888
ACTIVIDAD / PARTICIPACIÓN: d920.23 d550.23 d9200.23 d4153.23 d160.23 d710.23 d1550.23 d133.23 d5602.23 d2100.23 d815.23
FACTORES AMBIENTALES: e310.+2 e5801.+2 e360.+2 e355.+2

ORIENTACIÓN PRESTACIONAL:
- PRESTACIONES DE REHABILITACION.- PRESTACIONES EDUCATIVAS (INICIAL/EGB).- SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR.- TRANSPORTE

ACTUALIZACIÓN: 07-2028

ACOMPANANTE: SI "En los casos que se indique SI, el titular del CUD podrá optar entre viajar solo o acompañado"

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN:
Lugar: Escobar Fecha de emisión: 03/8/2023

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE DISCAPACIDAD DE:
Junta Evaluadora de Escobar

PROFESIONAL	PROFESIONAL	PROFESIONAL
Dr. ROMERO ANCEL MEDICO CLINICO M.N. 174452 - M.P. 552918 Junta Evaluadora Secretaría de Salud Municipalidad de Escobar ROMERO VALERO Angel (Alberto) Firma y sello	LIC. GLADIS MARTINEZ PSICOLOGA M.N. 975 - M.P. 68306 Secretaría de Salud Municipalidad de Escobar MARTINEZ Gladis Firma y sello	ROJAS MARIA LAURA Lic. Kinesióloga y Psóloga M.N. 14025 - M.P. 60011 Junta Evaluadora Secretaría de Salud Municipalidad de Escobar ROJAS Maria-Laura Firma y sello

Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página WEB: www.argentina.gob.ar/andis 9834551343

El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laboral

<p>Ministerio de Salud Buenos Aires La Provincia</p> <p>Ley N° 22.431 02977916-9</p> <p>CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD</p> <p>APELLIDO SPADARO ACOSTA</p> <p>NOMBRES Simon</p> <p>D.N.I. - M - 58799635 20/04/2021</p> <p>TIPO/NRO DOCUMENTO FECHA DE NACIMIENTO</p> <p>"En los casos que se indique SI, el titular del CUD podrá optar entre viajar solo o acompañado"</p> <p>Junta Evaluadora de Escobar</p> <p>EMITIDO POR</p>	<p>CUD</p> <p>CERTIFICADO UNICO EN DISCAPACIDAD</p> <p>NRO CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD ARG-02-00058799635-20230712-20280712-BS-439</p> <p>9834551343</p> <p>FECHA DE EMISION 03/8/2023</p> <p>ACOMPANANTE A-07-2028</p> <p>PROFESIONAL PROFESIONAL PROFESIONAL</p> <p>Dr. ROMERO ANCEL MEDICO CLINICO M.N. 174452 - M.P. 552918 Junta Evaluadora Secretaría de Salud Municipalidad de Escobar ROMERO VALERO Angel (Alberto)</p> <p>MARTINEZ Gladis</p> <p>ROJAS Maria-Laura</p>
--	--

1. DATOS

Nombre y Apellido SPADARO CINTHIA NATALIA
Domicilio del Titular CONSTITUCION 488 ESCOBAR
Ciudad ESCOBAR Provincia BUENOSAIRES
Tipo y N° de Documento 40014557 Teléfono
Fecha de Nacimiento 24/12/96

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI NO Cual? HIPERTENSION
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO
Causa: CESAREA.
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) NO
(*) Síntomas: _____
Recibe Tratamiento permanente? SI NO Hipertensión.

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: Hipertensión
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: 4 dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Spadaro Ariel Jorge (papá) Teléfono: 3484512227
Cobertura Médica: IOMA Teléfono: 3484456868
N° Afiliado: 240014557600 (Mamá - Amalie Martinez)
Spadaro
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MADRIGAL TRIVISAN
Domicilio del Titular COLON 1227
Ciudad ESCORADA Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 95521625 Teléfono
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: SI BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: SI COVID: SI

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

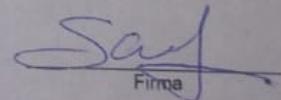
Nombre y Apellido: SILVIA OCAMPO

Teléfono: 03484 359202

Cobertura Médica: _____

Teléfono: 03484 351389

N° Afiliado: _____


Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: KEVIN IVAN ZARACHO
Domicilio del Titular: SARMIENTO 2250
Ciudad: ESCOBAR Provincia: BSAS
Tipo y N° de Documento: 44524432 Teléfono: 3484344604
Fecha de Nacimiento: 011102

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: completa BCG: completa SARAMPION: _____ TRIPLE: completa COVID: 4 (cuatro)

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Gisela Liliana Sotelo Teléfono: 3484455432

Cobertura Médica: _____ Teléfono: 3484239972 (PAPA)

N° Afiliado: _____


Firma