REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA
Apellido / Surname
PIRIZ
Nombre / Name
HUGO ROBERTO
Sexo / Sex
M
Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA
Ejemplar
A
Fecha de nacimiento / Date of birth
14 MAY/ MAY 2001
Fecha de emisión / Date of issue
04 JUL/ JUL 2018
FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE
Fecha de vencimiento / Date of expiry
04 JUL/ JUL 2033
Documento / Document
43.382.799
Trámite Nº / Of. ident.
00554622154
9207

DOMICILIO: ESTADOS UNIDOS Y GENERAL PAZ S/N - VILLA FIORITO - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES
CUIL: 20-43382799-7
Lic. D.Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda
PULGAR
IDARG43382799<9<<<<<<<<<<<<<<<
0105145M3307043ARG<<<<<<<<<<<8
PIRIZ<<HUGO<ROBERTO<<<<<<<<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE
Apellido / Surname
TOLEDO
Nombre / Name
AGUSTINA
Sexo / Sex
F
Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA
Ejemplar
A
Fecha de nacimiento / Date of birth
23 JUN/ JUN 2000
Fecha de emisión / Date of issue
08 JUN/ JUN 2015
FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE
Fecha de vencimiento / Date of expiry
08 JUN/ JUN 2030
Documento / Document
42.684.732
Trámite Nº / Of. ident.
00375686644
7352

DOMICILIO: MORAZAN 510 - BANFIELD - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES
Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior y Transporte
CUIL: 27-42684732-4
PULGAR
IDARG42684732<2<<<<<<<<<<<<<<<
0006231F3006081ARG<<<<<<<<<<<4
TOLEDO<<AGUSTINA<<<<<<<<<<<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR
Apellido / Surname
SANCHEZ
Nombre / Name
CRISTIAN EMANUEL
Sexo / Sex
M
Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA
Ejemplar
D
Fecha de nacimiento / Date of birth
28 DIC/ DEC 1993
Fecha de emisión / Date of issue
27 AGO/ AUG 2021
FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE
Fecha de vencimiento / Date of expiry
27 AGO/ AUG 2036
Documento / Document
37.388.098
Trámite Nº / Of. ident.
00672694593
7352

DOMICILIO: MURATURE 2279 - VILLA FIORITO - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES
Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior
CUIL: 20-37388098-2
PULGAR
IDARG37388098<2<<<<<<<<<<<<<<<
9312281M3608278ARG<<<<<<<<<<<6
SANCHEZ<<CRISTIAN<EMANUEL<<<<<

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE
Apellido / Surname
ROMERO
Nombre / Name
NADIA
Sexo / Sex
F
Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA
Ejemplar
A
Fecha de nacimiento / Date of birth
07 AGO/ AUG 1998
Fecha de emisión / Date of issue
08 ABR/ APR 2015
FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE
Fecha de vencimiento / Date of expiry
08 ABR/ APR 2030
Documento / Document
40.946.142
Trámite Nº / Of. ident.
00367464629
7049

DOMICILIO: GABRIEL MIRO 2319 - LOMAS DE ZAMORA - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES
Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior y Transporte
CUIL: 27-40946142-0
PULGAR
IDARG40946142<8<<<<<<<<<<<<<<<
9808070F3004087ARG<<<<<<<<<<<0
ROMERO<<NADIA<<<<<<<<<<<<<<<<<

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

Apellido / Surname
BANEGAS

Nombre / Name
SANDRA MARIELA

Sexo / Sex: F
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: C

Fecha de nacimiento / Date of birth
26 MAR/ MAR 1981

Fecha de emisión / Date of issue
06 AGO/ AUG 2020

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
06 AGO/ AUG 2035

Documento / Document
28.569.813

Trámite Nº / Of. ident.
00636043930
7352

DOMICILIO: GENERAL PAZ 1440 - VILLA FIORITO - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

CUIL: 27-28569813-3

PULGAR

IDARG28569813<6<<<<<<<<<<<<<<<
8103262F3 08068ARG<<<<<<<<<<<4
BANEGAS<<SANDRA<MARIELA<<<<<<<

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

Apellido / Surname
MILOBICHI BANEGAS

Nombre / Name
NAHUEL LIONEL

Sexo / Sex: M
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: B

Fecha de nacimiento / Date of birth
24 MAY/ MAY 2009

Fecha de emisión / Date of issue
06 AGO/ AUG 2020

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
24 MAY/ MAY 2024

Documento / Document
49.529.545

Trámite Nº / Of. ident.
00636044546
7352

DOMICILIO: GENERAL PAZ 1440 - VILLA FIORITO - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES
HIJO/A DE:
MILOBICHI,Leandro Alberto
DNI: 25640818
HIJO/A DE:
BANEGAS,Sandra Mariela
DNI: 28569813

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

CUIL: 20-49529545-2

PULGAR

IDARG49529545<9<<<<<<<<<<<<<<<
0905242M2405241ARG<<<<<<<<<<<4
MILOBICHI<BANEGAS<<NAHUEL<LION

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

Apellido / Surname
URIBE

Nombre / Name
FERNANDA ORIANA

Sexo / Sex: F
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: B

Fecha de nacimiento / Date of birth
19 MAY/ MAY 1996

Fecha de emisión / Date of issue
26 JUL/ JUL 2013

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
26 JUL/ JUL 2028

Documento / Document
39.627.781

Trámite Nº / Of. ident.
00207229369
8243

DOMICILIO: PILCOMAYO 352 - VILLA FIORITO - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD DE BUENOS AIRES

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior

PULGAR

IDARG39627781<5<<<<<<<<<<<<<<<
9605198F2807269ARG<<<<<<<<<<<2
URIBE<<FERNANDA<ORIANA<<<<<<<

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

Apellido / Surname
SOTO

Nombre / Name
FEDERICO JAVIER

Sexo / Sex: M
Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA
Ejemplar: B

Fecha de nacimiento / Date of birth
11 DIC/ DEC 1993

Fecha de emisión / Date of issue
09 SET/ SET 2021

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
09 SET/ SET 2036

Documento / Document
37.687.000

Trámite Nº / Of. ident.
00674207020
7352

DOMICILIO: PIO BAROJA 2429 - VILLA FIORITO - LOMAS DE ZAMORA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD DE BUENOS AIRES

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

CUIL: 20-37687000-7

PULGAR

IDARG37687000<5<<<<<<<<<<<<<<<
9312111M3609091ARG<<<<<<<<<<<6
SOTO<<FEDERICO<JAVIER<<<<<<<<

Datos del Viaje	Opción 1	Opción 2
Destino:	Chapadmalal	Chapadmalal
Tipo de Alojamiento:		
Fecha de Ingreso:		
Referencia: (en caso de haber sido indicado)		

seleccionar

seleccionar

Ministerio de Turismo y Deportes Argentina

TURISMO SOCIAL

entina.gob.ar/turismoydeportes/social

TARIFAS

El transporte corre por cuenta de las personas interesadas. La recepción del trámite no asegura la obstención 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	39627781	URIBE	ORIANA		Sin cargo	no completar	no completar	no completa	FEM
2	43382799	PINIZ	HUGO		Sin cargo				MASC
3	42684732	TOLEDO	AGUSTINA		Sin cargo				FEM
4	37388229	SANCHEZ	EMANUEL		Sin cargo				MASC
5	37388292	ROMERO	NADIA		Sin cargo				FEM
6	28568813	BANEGAS	SANDRA		Sin cargo				FEM
7	49528545	MILOSICHI	NAITUE		Sin cargo				MASC
8					Sin cargo				
9					Sin cargo				
10					Sin cargo				
11					Sin cargo				
12					Sin cargo				
13					Sin cargo				
14					Sin cargo				
15					Sin cargo				

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: SANDRA BANEGAS

Domicilio del Titular: GRAL PAZ 1440

Ciudad: LOMAS

Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 28 569 813

Teléfono: 11 7044 8160

Fecha de Nacimiento: 26/3/81

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: ✓

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: _____

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____ Teléfono: _____

Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: AGUSTINA TOLEDO

Domicilio del Titular: MORAZAN 510

Ciudad: LOMAS

Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 42 684 732

Teléfono: 1141884758

Fecha de Nacimiento: 23/6/00

2. INFORMANTE

Titular [X] Padre/Madre [ ] Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI [ ] NO [X] Cual? _____

3.2 Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI [ ] NO [X]

Causa _____

3.3 Tiene algún tipo de alergia SI (*) [ ] NO [X]

(*) Sintomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [X]

4. TRATAMIENTOS

4.1 Recibe tratamiento médico? SI [ ] NO [X]

Especificar: _____

4.2 Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI [ ] NO [X] Especificar: _____

4.3 Presenta alguna limitación física? SI [ ] NO [X] Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: ✓ BCG: ✓ SARAMPION: ✓ TRIPLE: ✓ COVID: ✓

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

Agustina Toledo
Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: MANUEL MILOBICKI

Domicilio del Titular: GRAL PAZ 1440

Ciudad: LOMAS

Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 49 529 545

Teléfono: 11 5999 2409

Fecha de Nacimiento: 24/5/09

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 ✓

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

MANUEL

Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: HUGO PIRIZ

Domicilio del Titular: EE UU Y GRAL PAZ

Ciudad: LOMAS

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: 43 382 788

Teléfono: 15 5088 158

Fecha de Nacimiento: 14/5/01

2. INFORMANTE

Titular [X] Padre/Madre [ ] Otros(especificar) ____

3. ANTECEDENTES

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

SI [ ] NO [X] Cual? ____

3.2 Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI [ ] NO [X]

Causa: ____

3.3 Tiene algún tipo de alergia: SI (*) [ ] NO [X]

(*) Síntomas: ____

Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [X]

4. TRATAMIENTOS

4.1 Recibe tratamiento médico? SI [ ] NO [X]

Especificar: ____

4.2 Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI [ ] NO [X] Especificar: ____

4.3 Presenta alguna limitación física? SI [ ] NO [X] Cuál: ____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: / BCG: / SARAMPION: / TRIPLE: / COVID: /

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido: ____ Teléfono: ____

Cobertura Médica: ____ Teléfono: ____

N° Afiliado: ____

Hugo Piriz
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: NAPIA ROMERO

Domicilio del Titular: GABRIEL MIRÓ 2319

Ciudad: LOMAS Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 37 388 098 Teléfono: 11 6675 3574

Fecha de Nacimiento: 7/8/98

2. INFORMANTE

Titular [x] Padre/Madre [ ] Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI [ ] NO [x] Cual? _____

3.2 Durante los ultimos 3 años fue internado alguna vez? SI [ ] NO [x]

Causa: _____

3.3 Tiene algún tipo de alergia: SI (*) [ ] NO [x]

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [x]

4. TRATAMIENTOS

4.1 Recibe tratamiento médico? SI [ ] NO [x]

Especificar: _____

4.2 Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI [ ] NO [x] Especificar: _____

4.3 Presenta alguna limitación física? SI [ ] NO [x] Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN 1 BCG 1 SARAMPION 1 TRIPLE 1 COVID 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: _____ Teléfono: _____

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: EMANUEL SANCHEZ

Domicilio del Titular: MUNAIVIE 2279

Ciudad: LOMAS

Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 37 388 229

Teléfono: 11 4364 54016

Fecha de Nacimiento: 28/12/93

2. INFORMANTE

Titular [X] Padre/Madre [ ] Otros(especificar) ____

3. ANTECEDENTES

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

SI [ ] NO [X] Cual? ____

3.2 Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI [ ] NO [X]

Causa: ____

3.3 Tiene algún tipo de alergia: SI (*) [ ] NO [X]

(*) Síntomas: ____

Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [X]

4. TRATAMIENTOS

4.1 Recibe tratamiento médico? SI [ ] NO [X]

Especificar: ____

4.2 Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI [ ] NO [X] Especificar: ____

4.3 Presenta alguna limitación física? SI [ ] NO [X] 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: ____ Teléfono: ____

Cobertura Médica: ____ Teléfono: ____

N° Afiliado: ____

Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: JUANA UNIBE

Domicilio del Titular: PIU CONDOR 352

Ciudad: LOMAS Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: 38 027 7171 Teléfono: 1115826 23962

Fecha de Nacimiento: 18/5/96

2. INFORMANTE
Titular [X] Padre/Madre [ ] Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI [ ] NO [X] Cual? _____

3.2 Durante los ultimos 3 años fue internado alguna vez? SI [ ] NO [X]

Causa: _____

3.3 Tiene algun tipo de alergia SI (*) [ ] NO [X]

(*) Sintomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [X]

4. TRATAMIENTOS

4.1 Recibe tratamiento médico? SI [ ] NO [X]

Especificar: _____

4.2 Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI [ ] NO [X] Especificar: _____

4.3 Presenta alguna limitación física? SI [ ] NO [X] 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: _____

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____ Teléfono: _____

Firma