

Datos del Viaje	Opción 1	Opción 2	
Destino:	Chapadmalal	Chapadmalal	seleccionar
Tipo de Alojamiento:			seleccionar
Fecha de Ingreso:	14/11/23	17/11/23	
Referencia: (en caso de haber sido indicado)	- AUTORIZACIÓN C.P.M 16 PERSONAS -		

El transporte corre por cuenta de las personas interesadas. La recepción del trámite

El primer integrante de la planilla se consid

N°	N° de Documento	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)
1	48.365.602	AMADO	ABRIL	12/11/07
2	47.383.294	BARONI	MIA	10/11/06
3	48.365.608	BECCACECE	LUDMILA	08/01/08
4	47.412.905	CARBATO	GENARO	22/12/06
5	47.383.298	CASTANOS	LUCIA	22/11/06
6	47.412.910	DI PRINZIO	MONTSERRAT	29/01/07
7	30.230.936	LOGIÓBICE	MARIANA	12/05/83
8	48.365.609	LÓPEZ	NICOLÁS	18/01/08
9	48.365.634	MARANESSI	SALVADOR	12/06/08
10	48.365.601	MENCONI	MARTINA	16/10/07
11	47.412.920	PENOVİ	LUBA	10/04/07
12	22.536.751	RUSSO	CRISTIAN	13/04/72
13	47.412.931	SCARAFIA	BRUNO	25/06/07
14	47.383.284	SPINETTA	JUAN PEDRO	19/08/06
15	26.168.798	ZANONI	ALINA	11/12/77
16	48.365.625	ZARANTONELLI	DIANCA	25/04/08



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

Apellido / Surname
CASTAÑOS

Nombre / Name
LUCIA



Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
22 NOV / NOV 2006

Fecha de emisión / Date of issue
31 MAY / MAY 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry
31 MAY / MAY 2037

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

47.383.298

Trámite N° / Of. Ident.
00689322562
8011



COLEGIO
de ESCRIBANOS
Provincia de Buenos Aires

CAJA DE
SEGURIDAD
SOCIAL

CASTAÑOS, LUCIA


N 1-5880/1 DNI 47383298

00158800102

Emitida 27/09/13
Vencimiento 22/11/27

No Gravado




INTEGRAL
0090005637501057
MARANESSI SALVADOR 26074094/05-49
D.N.I. 48365634 00699-PRO

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

Apellido / Surname
MARANESSI

Nombre / Name
SALVADOR

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

Fecha de nacimiento / Date of birth
12 JUN / JUN 2008



Fecha de emisión / Date of issue
09 JUN / JUN 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry
09 JUN / JUN 2038

Documento / Document
48.365.634

Trámite N° / Cf. ident.
00706193278
8011

FRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Buenos Aires
Provincia

IOMA

PENOTI LOBA
6107-1600 1452-5511

DOC

AFILIADO N° 230238936

VTD 06/27



© unteche 1616 - 01/17



FIRMA AUTORIZADA

Esta credencial es personal e intransferible

Su sola tenencia no garantiza el acceso a las prestaciones.
Utilícela con responsabilidad. Su uso indebido dará motivo a las acciones legales correspondientes: Ley 6932.
Los hijos mayores de 21 años pueden extender su afiliación hasta cumplir 27, si son solteros y acreditan su condición de estudiante.
Consultas y más información en www.ioma.gba.gov.ar



REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
 REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
 MINISTERIO DEL INTERIOR, OFICINAS PÚBLICAS Y VIVIENDA



Apellido / Surname
 RUSSO

Nombre / Name
 CRISTIAN CARLOS

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

Fecha de nacimiento / Date of birth
 13 ABR / APR 1972

Fecha de emisión / Date of issue
 20 MAY / MAY 2018

Fecha de vencimiento / Date of expiry
 20 MAY / MAY 2033

FIRMA IDENTIFICADA / SIGNATURE

Documento / Document

22.536.751

Trámite N° / Of. Ident
 00548558133
 8011



Licencia Nacional de Conducir

Buenos Aires - Gral Arenales



5 N° Licencia / License N°
 22536751

9 Clases / Class
 A.1.4 B.2 C.3 D.1 D.3
 E.1 E.2 G.1 G.2

1 Apellido / Last name

RUSSO

2 Nombre / First name

CRISTIAN CARLOS

8 Domicilio / Address

ARIAS, Altura: 472 GENERAL ARENALES

3. Fecha de Nac. / Date of birth

13 ABR. 1972

7. Firma del titular / Signature

4a. Cíorgamiento / Date of issue

2 ENE. 2023

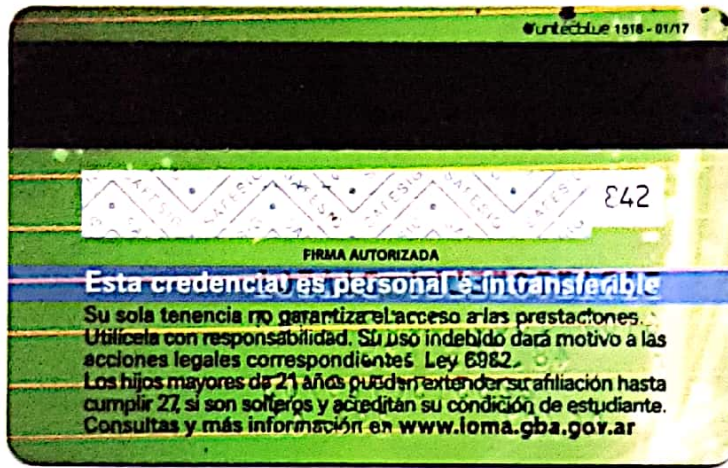
4b. Vencimiento / Expires

2 ENE. 2024

SEGURIDAD VIAL



Ministerio de Transportes y Obras Públicas
 República Argentina



Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido AGRI L AHMAD
Domicilio del Titular PARIS ETULAIN 135
Ciudad ASCENSION Provincia ESIAS
Tipo y N° de Documento D.N.I. 48365602 Teléfono 236 4346610
Fecha de Nacimiento 12/11/07

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: _____

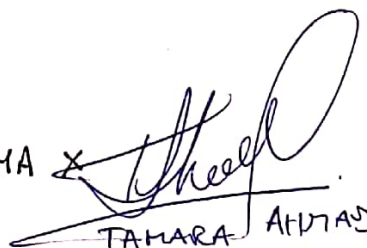
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: Completo BCG: Completo SARAMPION: Completo TRIPLE: Completo COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMI NICARSE CON:

Nombre y Apellido: TAMARA AHMAD Teléfono: 236-4346610
Cobertura Médica: LPE INTEGRAL c/ COSEGURO Teléfono: 236-4515045
N° Afiliado: 2008987/02

FIRMA 
TAMARA AHMAD

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido M I A B A R O N I
Domicilio del Titular B E L G R A N O 4 8 1
Ciudad A S C E N S I O N Provincia B U E N O S A I R E S
Tipo y N° de Documento D N I 4 7 3 8 3 2 9 4 Teléfono 2 3 6 4 5 0 6 4 9 0
Fecha de Nacimiento 1 0 1 1 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)

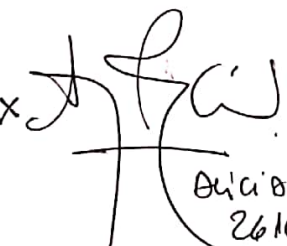
SABIN: 5 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 1 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Alicia Robiari Teléfono: 2364506490

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

FIRMA x 
Alicia Robiari
26168732

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido L U D M I L A B E C C A C E C E

Domicilio del Titular I N D E P E N D E N C I A 3 3 8

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

Tipo y N° de Documento D N I 4 8 3 6 3 6 0 8 Teléfono 2 3 6 4 5 1 0 2 6 4

Fecha de Nacimiento 3 0 1 2 3

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: Peritonitis

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 6 BCG: 1 SARAMPION: 3 TRIPLE: 1 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Lorena Nuñez Teléfono: 2364510264

Cobertura Médica: OSECA Teléfono: 2364510264 (Mariana)

N° Afiliado: 48365.608

FIRMA x Lorena Nuñez

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido GERARDO CARBAJO
Domicilio del Titular SAN MARTIN 627
Ciudad ASCENSION Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 47412905 Teléfono
Fecha de Nacimiento 221206

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: CARBAJO ROBERTO Teléfono: 2364 666 191

Cobertura Médica: NO Teléfono: 2364 501145

N° Afiliado: _____

FIRMA X



Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido LUCIA-CASTAÑOS
Domicilio del Titular CHACO-156
Ciudad ASCENSION Provincia BUENOSAIRES
Tipo y N° de Documento DNI 47393298 Teléfono 2364562572
Fecha de Nacimiento 22/11/06

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)

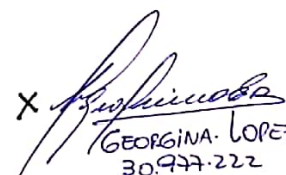
SABIN: SI BCG: SI SARAMPION: SI TRIPLE: SI COVID: 2 DOSIS

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: GEORGINA LÓPEZ Teléfono: 2364562572

Cobertura Médica: COLESBA Teléfono:

N° Afiliado: 0058800102

FIRMA X 
GEORGINA LÓPEZ
30.977.222

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MONTSELYA T. DI PRINZIO
Domicilio del Titular SANTIAGO DEL ESTERO 230
Ciudad ASCENSION Provincia BUELOS ATRS
Tipo y N° de Documento DN: 47412910 Teléfono 2364368400
Fecha de Nacimiento 29/01/07

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: Rinitis
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: 2 BCG: 2 SARAMPION: 2 TRIPLE: X COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARILYN PAHI Teléfono: 2364 368400
Cobertura Médica: AVALAN PLAN TURISMO AS 204 Teléfono: URUGUAYAS 0800 555 5556
N° Afiliado: 20624132
Asistencia A Viajero (Universal Assistance)
(011) 4323-7700 / 0800-999-6400
FIRMA X 

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MARIANA LOGIODICE
Domicilio del Titular SANTA FE BS
Ciudad ASENSION Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 30230936 Teléfono 2353405260
Fecha de Nacimiento 120583

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: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: 4

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: PENOUI CARLOS Teléfono: 2353-406688
Cobertura Médica: FOHA Teléfono: 2353-405260
N° Afiliado: 23023093600

FIRMA 

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido NICOLAS JOAQUIN LOPEZ
Domicilio del Titular LARPEA 301
Ciudad ASCENSION Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 48365608 Teléfono 2353416096
Fecha de Nacimiento 12/01/08

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)

SABIN: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: 2 DOSIS

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: María Belén Repuzzi Teléfono: 2474417838
Cobertura Médica: LPE Teléfono: _____
N° Afiliado: _____

FIRMA x [Firma]

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido SALVADOR MARANESSI
Domicilio del Titular MALVINAS ARGENTINA 42
Ciudad ASCENSION Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 48365634 Teléfono 236426009
Fecha de Nacimiento 120608

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: MARANESSI JUAN MANUEL Teléfono: 236-450617

Cobertura Médica: OSDE Teléfono: 236-4352741

N° Afiliado: _____

FIRMA X

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MARTINA MENGONI
Domicilio del Titular CHUBUT 160
Ciudad ASCENSION Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento H8365601 Teléfono 2364373846
Fecha de Nacimiento 16/10/04

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: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 1 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MAINE PENONI Teléfono: 2364373844
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado:

FIRMA X



Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido LUBA PENOVÍ
Domicilio del Titular SANTA FE 8585
Ciudad ASCENSION Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 47412920 Teléfono 2353405260
Fecha de Nacimiento 100407

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)

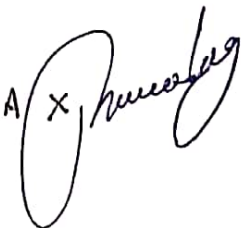
SABIN: 5 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LOGIODICE MARIANA Teléfono: (0235) 405260

Cobertura Médica: IOHA Teléfono: (0235) 406688

N° Afiliado: 230230936202

FIRMA X 

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido CRISTIAN CARLOS RUSSO
Domicilio del Titular ARIAS 472
Ciudad ARENALES Provincia B.S.A.S.
Tipo y N° de Documento DNI 22536 Teléfono 2364342667
Fecha de Nacimiento 13/04/72

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar) EL HER

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

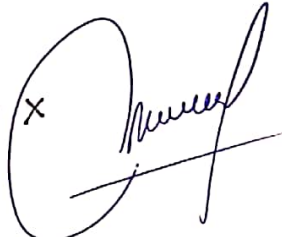
4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: _____
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 5 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ETELDE FLORENA Teléfono: 2473 468916
Cobertura Médica: JOYA Teléfono: _____
N° Afiliado: 1225367518/00

FIRMA X 

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido BRUNO OSCAR AFIA
Domicilio del Titular CORRIENTES 299
Ciudad ASCENSION Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 47412931 Teléfono 2362519797
Fecha de Nacimiento 250607

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: 1 SARAMPION: — TRIPLE: 3 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Carolina Bolognese Teléfono: 2364519797 (Mamá)
Cobertura Médica: Avalian AS400 Teléfono: 2353406330 (Papá)
N° Afiliado: 74678-31

FIRMA X Carolina Bolognese

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido JUAN PEDRO SPINETA
Domicilio del Titular MALVINAS ARGENTINAS 45
Ciudad ASCENSION Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DN: 47383284 Teléfono 2364511404
Fecha de Nacimiento 190806

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: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 4 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: PIANA LEANDRA Teléfono: 2364511404
Cobertura Médica: OSPITAL Teléfono: —
N° Afiliado: 47383284

FIRMA X 

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido ALIANA CARLA ZANONI
Domicilio del Titular AV SAN MARTIN 525
Ciudad ASCENSION Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento 26168798 Teléfono 2364319314
Fecha de Nacimiento 11/12/77

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: SE BCG: SE SARAMPION: SE TRIPLE: SE COVID: SE

EN CASO DE EMERGENCIA COMI INICARSE CON:

Nombre y Apellido: Dave Liliiana Teléfono: 2353-416273
Cobertura Médica: 10MA Teléfono: 236-4319314
N° Afiliado: 2261687983/0

FIRMA [Firma]
Zanoni, Aliana

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido B I A N C A Z A R A N T O N E L L I
Domicilio del Titular B A R T O L O M E M I T R E 2 1 1
Ciudad A S C E N S I O N Provincia B U E N O S A I R E S
Tipo y N° de Documento D N I 4 8 3 6 5 6 2 5 Teléfono 2 3 6 4 - 3 1 8 2 7 6
Fecha de Nacimiento 2 5 0 4 0 8

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: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: 4

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Raquel Garcia Teléfono: (2355) 416224

Cobertura Médica: IOHA Teléfono:

N° Afiliado: 2233130729/03

FIRMA x 

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Ascension, 21/10/2023

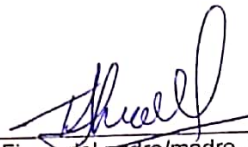
Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a ABRIL AMADO 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 ALINA ZANONI y MARIANA LOGIOJICE que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ESCUELA SECUNDARIA 'NUESTRA SEÑORA'

Fecha de ingreso: 14/11/2023


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

Aclaración: TAMARA AHMAD

Domicilio: PARIS ETUAGUI 135

Localidad: ASCENSION

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 27379495

Teléfono: 236-4346610

Fecha de nacimiento el/la menor: 12/11/2007

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48.365.602

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: ASCENSION 23/10/23


Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a BARONI MIA 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 CHA PADMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr^s ZANONI OLINDA, LOGIOZICE, MARIONA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: COLEGIO NUESTRA SEÑORA

Fecha de ingreso: 14-11-23


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

Aclaración: RODRIGUEZ ALIATA

Domicilio: BELGRANO 481

Localidad: ASCENSION

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI 26168732

Teléfono: 2364506490

Fecha de nacimiento el/la menor: 10/11/2006

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 47383294

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: Ascension, 20/10/23

Por la presente autorizo a mi hijo/a Lucmila Zaccaro 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 ENAPADMSUC, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(s) LOGOTICE HAZIAN - ZAVONI ALINA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: INSTITUTO NUESTRA SEÑORA

Fecha de ingreso: 14-11-23

Lorena Nunez

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

Aclaración: LORENA NUNEZ

Domicilio: Independencia 338

Localidad: Ascension

Provincia: BS. AS

Tipo y N° doc: DNI 33082396

Teléfono: 2364570264

Fecha de nacimiento el/la menor: 08/01/08

Tipo y N° documento el /la menor: Dni 48365608

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores


Lugar y Fecha: Ascension 23-10-23

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a CRISTO GONZALEZ 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 CHUBUT, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s LOGIODICE RESERVA - BSWO; ALIUS que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: INS 4207
Fecha de ingreso: 14-11-23


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

Aclaración: CARBAJO ROBERTO

Domicilio: AV SAN MARTIN 627

Localidad: ASCENSION

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: 25695466

Teléfono: 2364 666191

Fecha de nacimiento el/la menor: 22-12-2006

Tipo y N° documento el /la menor: 47412905

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: ASCENSION - OCTUBRE 2023

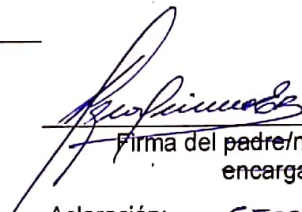
Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a LUCIA CASTAÑOS 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 CHADMALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es MARIANA LOGIÓDICE - ALINA ZANON que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: NUESTRA SEÑORA

Fecha de ingreso: 14-11-23


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

Aclaración: GEORGINA LÓPEZ

Domicilio: CHACO 156

Localidad: ASCENSION

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI 30977.222

Teléfono: 2364562572

Fecha de nacimiento el/la menor: 22-11-06

Tipo y N° documento el /la menor: DNI : 47.383.298

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Ascension 23 de Octubre 2023


Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Montserrat D. Rinzio 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 CHAPACMALZ, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Srta. Alina Zamora y Mónica Lozano que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: INS. 4204

Fecha de ingreso: 14-11-23


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

Aclaración: Pella Mariana

Domicilio: Santiago del Estero 270

Localidad: Ascension

Provincia: Bo. B

Tipo y N° doc: DNI 24688934

Teléfono: 2364 368407

Fecha de nacimiento el/la menor: 29-01-2007

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 47-412-910

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: ASCENSION 22/10/2023


Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a NICOLAS JOAQUIN LOPEZ 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 CHADA DIMALA, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/as LOGIODITE MURCIA - ZAVONI ALIXA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: COLEGIO "NUESTRA SEÑORA"

Fecha de ingreso: 14/11/2023


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

Aclaración: María Belén Rapuzzi

Domicilio: Correa 301

Localidad: ASCENSION

Provincia: BS. AS

Tipo y N° doc: DNI 28496019

Teléfono: 2474 417938

Fecha de nacimiento el/la menor: 18/01/2008

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48.365.609

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Ascension 23-10-23

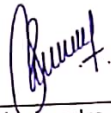
Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a MARANESSI SALVADOR 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 CHAS DSO 42 UL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s LOGI OYCE MALVINA - ZAVONI ANITA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: JNS

Fecha de ingreso: 14-11-23


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

Aclaración: MARANESSI JUAN MANUEL

Domicilio: MALVINAS ARGENTINA 42

Localidad: ASCENSION

Provincia: BS. AS.

Tipo y N° doc: 24.674.489

Teléfono: 236-4506117

Fecha de nacimiento el/la menor: 12/06/2008

Tipo y N° documento el /la menor: 48.365.634

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: Ascension 23-10-23

Por la presente autorizo a mi hijo/a MARTINA MENONI, 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 Chafinalal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Srta. / es LEGIONCE JACINTO - ZWOUILLIS que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Nuestra Señora

Fecha de ingreso: 14-11-23

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

Aclaración: Pamela M. Lee

Domicilio: Chubut 160

Localidad: Ascension

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: NS 397-183

Teléfono: 2364373844

Fecha de nacimiento el/la menor: 16 octubre 2007

Tipo y N° documento el /la menor: 48365601

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: ASUNCION 23-10-23

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hija/a PENONI WBA 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 EL APADMAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(a) es LOGIODICE ROSAURA - ZAVONI ALINA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: INSTITUTO NUESTRA SEÑORA 4207

Fecha de ingreso: 14-11-2023

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

Aclaración: Rosaura Logiodice

Domicilio: Cerco Fe 85.

Localidad: Asunción

Provincia: B. As.

Tipo y N° doc: DNI: 30230936

Teléfono: (0235) 405260

Fecha de nacimiento el/la menor: 10/04/2007

Tipo y N° documento el /la menor: DNI. 47.412.920.

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Ascension, 23 de Octubre 2023

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a SCARAFIA BRUNO 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, Sr^{as} Alina Zanoni y Mariana Logiodice que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Inst. N^{ta} S^{ra}

Fecha de ingreso: 14/11/23

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

Aclaración: Bolognese Carolina

Domicilio: Corrientes 229

Localidad: Ascension

Provincia: Bs. AS

Tipo y N° doc: DNI 25.406.694

Teléfono: 2364519797

Fecha de nacimiento el/la menor: 25-06-07

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 47.412.931

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: ASCENSION 23-10-23

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a SPINETTA JUAN PEDRO 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 CHAPADRES LA, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s LOGIODICE ROSANA - ZANONI SERINA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: INS 4204

Fecha de ingreso: 14-11-23

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

Aclaración: PIANA LEANDRA

Domicilio: M. ARGENTINA 45

Localidad: ASCENSION

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DU. 26.168.820

Teléfono: 2364511404

Fecha de nacimiento el/la menor: 19-08-2006

Tipo y N° documento el /la menor: DU. 47.383284

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Ascension, 22/10/2023

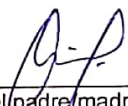
Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Bianca Zerantoulli 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 Chapachmal, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s LOGIODICE MARINA - ZUCCHI AELINA es que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: I.N.S.

Fecha de ingreso: 14-11-23


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

Aclaración: Raquel Garcia

Domicilio: B. H. tre 211

Localidad: Ascension

Provincia: Bs. AS.

Tipo y N° doc: DNI 23.313.072

Teléfono: (2353)416224

Fecha de nacimiento el/la menor: 25/04/2008

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48.365.625