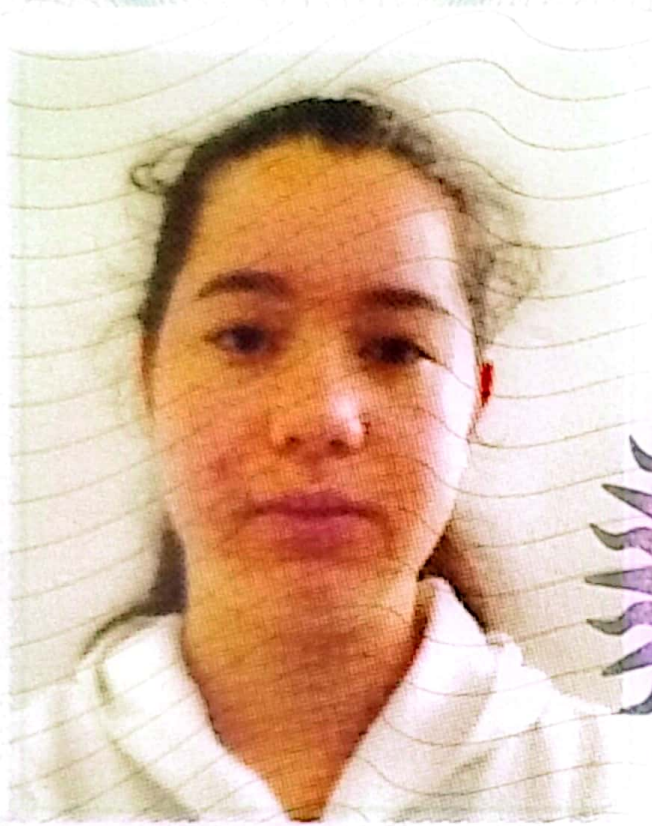




REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
MINISTERIO DEL INTERIOR

# DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



RENAPER EMISION 002

Apellido / Surname  
**RUIZ DIAZ VILLASBOA**

Nombre / Name  
**EVELYN MILAGROS**

Sexo / Sex    Nacionalidad / Nationality    Ejemplar  
**F    PARAGUAYA    B**

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

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

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**05 OCT/ OCT 2038**

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Documento / Document

**95.562.787**

Trámite N° / Of. ident.  
**00711557760  
8230**



DOMICILIO: LAVAGNINO 450 - GARÍN - ESCOBAR - BUENOS  
AIRES

PAÍS DE NACIMIENTO: PARAGUAY

FECHA DE INGRESO AL PAÍS: 09 NOV 2015

CATEGORIA DE INGRESO: PERMANENTE

EXPEDIENTE: 405542016 DISPOSICION: 78331

FECHA DE RADICACION: 13 ABR 2016



Dr. Eduardo E. de Pedro  
Ministro del Interior

637307665091748DA80E5604A558D901



DACTILAR

IDARG95562787<5<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<  
0809281F3810051PRY<<<<<<<<<<<<<<<<<4  
RUIZ<DIAZ<VILLASBOA<<EVELYN<MI



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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Apellido / Surname

**CANO**

Nombre / Name

**DANA ABIGAIL**

Sexo / Sex

Nacionalidad / Nationality

Ejemplar

**F**

**ARGENTINA**

**A**

Fecha de nacimiento / Date of birth

**14 NOV / NOV 2006**

Fecha de emisión / Date of issue

**08 MAY / MAY 2023**

Fecha de vencimiento / Date of expiry

**08 MAY / MAY 2038**

FIRMA IDENTIFICADO /

SIGNATURE

Documento / Document

**47.676.107**

Tramite No / Of. ident.

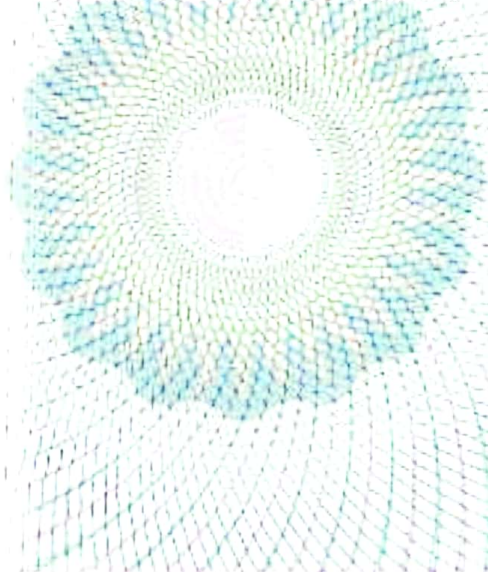
**00704686434**

**23476**



DOMICILIO FALCO 1047 GARIN ESCOBAR BUENOS AIRES

LUGAR DE NACIMIENTO



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

ID ARG 47676107 <4 <<<<<<<<<<<<<<<<<<<<

0611143F3805088 ARG <<<<<<<<<<<<<<<2

CAN0 <<DANA <ABIGAIL <<<<<<<<<<<<<<<



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

Apellido / Surname  
**MORE**

Nombre / Name  
**DALMA GISELLA**

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

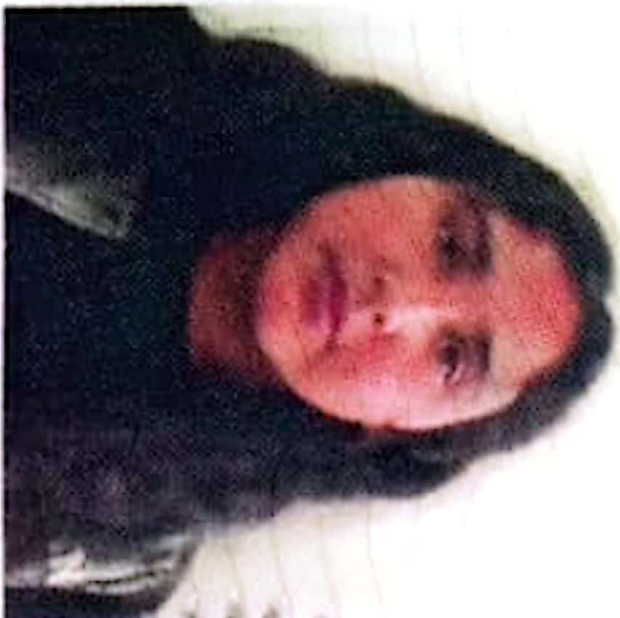
Fecha de nacimiento / Date of birth  
**13 AGO / AUG 2006**

Fecha de emisión / Date of issue  
**21 OCT / OCT 2022**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**21 OCT / OCT 2037**

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

*Dalma More*



RENAPER EMISIÓN 002

Documento / Document

**46.142.761**

Trámite N° / Of. ident.  
**00695637218**  
**8230**







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



Apellido / Surname  
**PEREYRA**

Nombre / Name  
**FLORENCIA DELFINA**

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

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**16 ABR / APR 2005**

Fecha de emisión / Date of issue  
**08 DIC / DEC 2022**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**08 DIC / DEC 2037**

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document


**46.565.810**

Trámite N° / Of. Ident.  
**00697852972**  
**9005**



DOMICILIO: LUIS RESSIO 2321 - BUENOS AIRES -  
ESCOBAR - ARGENTINA  
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES

**CUIL: 27-46565810-5**

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

HUELLA  
DACTILAR

IDARG46565810<3<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<  
0504162F3712085ARG<<<<<<<<<<<<<<<<<6  
PEREYRA<<FLORENCIA<DELFINA<<<<







REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS  
JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



Apellido / Surname  
**SANTUCHO**

Nombre / Name  
**CARLA JUDITH**

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

Fecha de nacimiento / Date of birth  
**20 ABR / APR 1985**

Fecha de emisión / Date of issue  
**27 AGO / AUG 2024**

Fecha de vencimiento / Date of expiry  
**27 AGO / AUG 2039**

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

**31.634.712**

Trámite N° / Of. Ident.

**00724486310  
7892**



REEMPLAZO EMISIÓN 2022

DOMICILIO: PATRICIAS ARGENTINAS 3748 - GARIN - ESCOBAR - BUENOS AIRES

LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES



**CUIL: 27-31634712-1**

14C3BCB56D9F547476EA5D253587F272

**Dr. Guillermo A. Francos**  
**Jefe de Gabinete de Ministros**

**HUELLA DACTILAR**

IDARG31634712<3<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<  
8504205F3908277ARG<<<<<<<<<<<<<<8  
SANTUCHO<<CARLA<JUDITH<<<<<<<<<<<<

**ANEXO VI**

**PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN**

**SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

**(Estudiantes con menos de 18 años de edad)**

**1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):**

Nombre del Proyecto de la Salida: **ENCUENTRO PROVINCIAL JÓVENES Y MEMORIA.**

Lugar, día y hora de salida: **21/11/24 a las 23.30hs. en AV. EUGENIA TAPIA DE CRUZ N°1280, BELÉN DE ESCOBAR. (Polideportivo Municipal Luis Monti).**

Lugar, día y hora de regreso: **25/11/24 a las 15.30hs. en GRAL. GÜEMES N°275, BELÉN DE ESCOBAR. (Centro de Jubilados Jubelén).**

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): **COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL, Ruta 11 km 35,5. Chapadmalal (CP 7605). General Pueyrredon (consignar dirección, localidad, distrito). Teléfonos: 0223-4699291 / 0223 469919.**

Nombres y teléfonos de los acompañantes:

**RODRIGUEZ Diego 11-6105-4912**

**SANTUCHO Carla 11-3418-8620**

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfonos): **MICROS A CARGO DE LA MUNICIPALIDAD DE ESCOBAR Y LA COMISIÓN PROV. POR LA MEMORIA.**

Otros datos de la Infraestructura disponible: .....

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): **Htal. Interzonal Gral. de Agudos "Dr. Oscar E. Alende" Juan B. Justo n°6701 Mar del Plata. Tel. 0223 4495624**

Otros datos de interés:.....

**2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable): *Guillermo Cano***

Por la presente autorizo a mi hijo/a ..... *DANA ABIGAIL CANO* ..... con

DNI..... *47676107* ..... que concurre al Establecimiento Educativo ... **ESCUELA DE EDUCACIÓN SECUNDARIA N°32** del distrito de **ESCOBAR** a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional a realizarse en la Localidad de **CHAPADMALAL** el/los día/días **21, 22, 23, 24 y 25** del mes de **NOVIEMBRE** del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable): Guillermo Cano

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico: N. U. B. V. M. A.

Tiene Obra Social/Prepaga	SI	No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
			N° Socio	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios)

11.29659195 (PAPA)      11.25052574 (MAMÁ)

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: [Firma] Guillermo Cano

DNI: 22.284.269

Fecha: 1.11.24

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCIYEDGCYE

**ANEXO VI**

**PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN**

**SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

**1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):**

Nombre del Proyecto de la Salida: **ENCUENTRO PROVINCIAL JÓVENES Y MEMORIA.**

Lugar, día y hora de salida: **21/11/24 a las 23.30hs. en AV. EUGENIA TAPIA DE CRUZ N°1280, BELÉN DE ESCOBAR. (Polideportivo Municipal Luis Monti).**

Lugar, día y hora de regreso: **25/11/24 a las 15.30hs. en GRAL. GÜEMES N°275, BELÉN DE ESCOBAR. (Centro de Jubilados Jubelén).**

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): **COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL, Ruta 11 km 35,5. Chapadmalal (CP 7605). General Pueyrredon (consignar dirección, localidad, distrito). Teléfonos: 0223-4699291 / 0223 469919.**

Nombres y teléfonos de los acompañantes:

RODRIGUEZ Diego 11-6105-4912

SANTUCHO Carla 11-3418-8620

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfonos): **MICROS A CARGO DE LA MUNICIPALIDAD DE ESCOBAR Y LA COMISIÓN PROV. POR LA MEMORIA.**

Otros datos de la Infraestructura disponible: .....

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): **Htal. Interzonal Gral. de Agudos "Dr. Oscar E. Alende" Juan B. Justo n°6701 Mar del Plata. Tel. 0223 4495624**

Otros datos de interés:.....

**2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable):** *Coulon Cecilia*

Por la presente autorizo a mi hijo/a *Guadalupe Pablo Ezequiel* con

DNI *49.550207*..... que concurre al Establecimiento Educativo ...**ESCUELA DE EDUCACIÓN SECUNDARIA N°32** del distrito de **ESCOBAR** a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional a realizarse en la Localidad de **CHAPADMALAL** el/los día/días **21, 22, 23, 24 y 25** del mes de **NOVIEMBRE** del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable): Coulon Cecilia

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico: NINGUNA

Tiene Obra Social/Prepaga	Si	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	<u>IOMA</u>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº Socio	<u>230750748802</u>

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia:(Consignar varios)

1166204342 MAMA  
1150468153 PAPA  
1130329806 ABUELA

Firma y aclaración del Padre, (Madre) Tutor o Responsable: Coulon Cecilia

DNI: 30750748

Fecha: 31.10.24

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

ANEXO VII – Resolución 3871/24

**DECLARACIÓN JURADA DE LA Y EL ESTUDIANTE MAYOR DE 18 AÑOS O EMANCIPADA/O**

Quien suscribe Dalma Gisella Mare..... DNI N° 46.142.761.....  
domiciliada/o en la calle Belgrano II 457..... de la localidad de Garcín.....  
..... que concurre a la institución ... Escuela Secundaria N° 32..., participará de la  
~~salida educativa~~ / de representación institucional (tachar lo que no corresponda) a realizarse en la localidad de ...  
**Chapadmalal - General Pueyrredon (consignar ... el día/ los días ...21, 22, 23, 24 y 25 ..... del mes de**  
**.....NOVIEMBRE ..... del año 2024.....**

Dejo constancia de que he sido informada/o de las características de la salida, las actividades a realizar, el modo de traslado, docentes responsables y los lugares donde se desarrollarán las actividades.

Autorizo a las y los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin previo aviso, sobre lo cual seré informada/o durante el desarrollo de la salida.

Tomo conocimiento de que las y los docentes a cargo de la organización de la salida no son responsables de los objetos que llevo conmigo.

Asumo el carácter pedagógico de las experiencias a realizar y la importancia que tienen para mi formación. Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

..... Ninguna Indicación .....

Asimismo autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a que se realice una consulta médica y la adopción de las prescripciones que las y los profesionales de la salud indiquen.

Tiene Obra Social / Prepaga	SI	NO	Nombre de la Obra Social / Prepaga:	
		X	N° de Socio:	

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios): ..... 11.69.65.32.58 (Tía) Sara Diaz  
..... 11.55.24.55.30 (Prima) Milena Campos .....

Firma Padre, Madre, Tutor o Responsable y/o estudiante: ..... [Firma] .....

DNI N°: 46.142.761.....

Fecha: 31/10/2024.....



**ANEXO VII – Resolución 3871/24**

**DECLARACIÓN JURADA DE LA Y EL ESTUDIANTE MAYOR DE 18 AÑOS O EMANCIPADA/O**

Quien suscribe Alicencia Delfina Pereyra DNI N° 46565810  
domiciliada/o en la calle Luis Resio 2321 de la localidad de Casín  
que concurre a la institución ... Escuela Secundaria N° 32..., participará de la  
salida educativa / de representación institucional (tachar lo que no corresponda) a realizarse en la localidad de ...  
**Chapadmalal - General Pueyrredon (consignar ... el día/ los días ...21, 22, 23, 24 y 25 ..... del mes de**  
**.....NOVIEMBRE ..... del año 2024.....**

Dejo constancia de que he sido informada/o de las características de la salida, las actividades a realizar, el modo de traslado, docentes responsables y los lugares donde se desarrollarán las actividades.

Autorizo a las y los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin previo aviso, sobre lo cual será informada/o durante el desarrollo de la salida.

Tomo conocimiento de que las y los docentes a cargo de la organización de la salida no son responsables de los objetos que llevo conmigo.

Asumo el carácter pedagógico de las experiencias a realizar y la importancia que tienen para mi formación. Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico:

ninguna.

Asimismo autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a que se realice una consulta médica y la adopción de las prescripciones que las y los profesionales de la salud indiquen.

Tiene Obra Social / Prepaga	SI	NO	Nombre de la Obra Social / Prepaga:	
		X	Nº de Socio:	

Teléfonos de contacto en caso de urgencia: (Consignar varios):  
11-31617834 (mamá - Marcela Pereyra)  
11-30475638 (Hermano - Reniro Pereyra)

Firma Padre, Madre, Tutor o Responsable y/o estudiante: [Firma]  
DNI N°: 46565810

Fecha: 31.10.2024

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN

SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1- PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES (completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: ENCUENTRO PROVINCIAL JÓVENES Y MEMORIA.

Lugar, día y hora de salida: 21/11/24 a las 23.30hs. en AV. EUGENIA TAPIA DE CRUZ N°1280, BELÉN DE ESCOBAR. (Polideportivo Municipal Luis Monti).

Lugar, día y hora de regreso: 25/11/24 a las 15.30hs. en GRAL. GÜEMES N°275, BELÉN DE ESCOBAR. (Centro de Jubilados Jubelén).

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): COMPLEJO TURISTICO CHAPADMALAL, Ruta 11 km 35,5. Chapadmalal (CP 7605). General Pueyrredon (consignar dirección, localidad, distrito). Teléfonos: 0223-4699291 / 0223 469919.

Nombres y teléfonos de los acompañantes:

RODRIGUEZ Diego 11-6105-4912

SANTUCHO Carla 11-3418-8620

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfonos): MICROS A CARGO DE LA MUNICIPALIDAD DE ESCOBAR Y LA COMISIÓN PROV. POR LA MEMORIA.

Otros datos de la Infraestructura disponible: .....

Hospitales y centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Htal. Interzonal Gral. de Agudos "Dr. Oscar E. Alende" Juan B. Justo n°6701 Mar del Plata. Tel. 0223 4495624

Otros datos de interés: .....

2- AUTORIZACIÓN (completa el madre/padre, tutor o responsable): *NUÑEZ Diego*

Por la presente autorizo a mi hijo/a *RUIZ DIAZ VILLAZCA EVELYN MILAGROS* con

DNI... *PS. 562.787* ...que concurre al Establecimiento Educativo ...ESCUELA DE EDUCACIÓN SECUNDARIA N°32 del distrito de ESCOBAR a participar de la Salida-Educativa/Salida de Representación Institucional a realizarse en la Localidad de CHAPADMALAL el/los día/días 21, 22, 23, 24 y 25 del mes de NOVIEMBRE del presente ciclo lectivo.

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



**3- SALUD (completa el padre/madre, tutor o responsable):**

Dejo aquí constancia de cualquier indicación necesaria deba conocer el personal docente a cargo y personal médico: .....NINGUNA.....

Tiene Obra Social/Prepaga	Sí	No	Nombre de la Obra Social/Prepaga	
		X	Nº Socio	—

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.


Autorizo a las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia:(Consignar varios)

11-5467-9360 (PADRE)  
11-6474-8406 (MADRE)

Firma y aclaración del Padre, Madre, Tutor o Responsable: .....  .....

DNI: 26 493 366

Fecha: 31/10/2024

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE



GUARNERA PABLO

**IOMA**  
LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA  
DE BUENOS AIRES



**GUARNERA PABLO**

**DNI: 49550207**

**GÉNERO: M**

**CUIL: 20495502075**

**TIPO: OBLIGATORIO**

**CESE: 26/05/2030**

**ESTADO: ACTIVO**

**AFL:230750748802**

**TOKEN**

**779360**