

Referencia: **Nuestras historias**
(en caso de haber sido indicadas)
DOSS Organización juvenil para el arte -

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

Nº	Nº 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	47.513.286	Aguirre Iturralde	Jano	28/09/2006	Sin cargo ▾	no completar ▾	no completar	no completa	Femenino
2	48.020.626	Almirón	Naiara	04/06/2007	Sin cargo ▾	▾			Femenino
3	46.270.188	Cecchetto	Gino José	05/06/2005	Sin cargo ▾	▾			Femenino
4	47.383.628	Capón	Candela Belén	18/07/2006	Sin cargo ▾	▾			Femenino
5	47.828.375	DiStilio	Alondra	16/04/2007	Sin cargo ▾	▾			Femenino
6	47.383.648	Funes	Isaías	25/07/2006	Sin cargo ▾	▾			Femenino
7	48.097.684	Godoy	Morena	28/06/2007	Sin cargo ▾	▾			Femenino
8	47.258.685	Leiva	Nerea	10/09/2006	Sin cargo ▾	▾			Femenino
9	47.383.619	Niz Ollamburo	Malena	14/07/2006	Sin cargo ▾	▾			Masculino
10	46.893.470	Rojas	Evelyn	02/12/2005	Sin cargo ▾	▾			Femenino
11	47.887.006	Rolón	Nerina	14/02/2007	Sin cargo ▾	▾			Masculino
12	47.632.076	Tecco	Catalina	02/12/2006	Sin cargo ▾	▾			Masculino
13	48.580.511	Yacuzzi	Bautista	12/06/2008	Sin cargo ▾	▾			Masculino
14	33.427.026	Pérez	Macarena	07/11/1987	Sin cargo ▾	▾			Femenino
15	20.642.369	Díaz	María Leticia	25/01/1969	Sin cargo ▾	▾			Femenino

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

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

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: Vesícula Biliar

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 5 BCG: 1 SARAMPION: 2 TRIPLE: 3 COVID: 0

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SILVIA ITURRALDE Teléfono: 3364045710

Cobertura Médica: OSUOMBA Teléfono: _____

N° Afiliado: 20975132867-084-00-03

[Firma]

Firma

OSUOMRA

Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica
de la República Argentina



AGUIRRE ITURRALDE JANO

20475132867-084-00-03

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

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 7/11/24

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Por la presente autorizo a mi hijo/a Almiron Najara 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 Macarena Perez que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ORG. PARA EL AVTE

Fecha de ingreso: 4/12/24

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

Aclaración: Almiron Anoreli
Domicilio:

Localidad: Islas Malvinas 540

Provincia: San Nicolas

Tipo y N° doc: Buenos Aires

Teléfono: DNI: 31304700

Fecha de nacimiento el/la menor: 3364580189

Tipo y N° documento el /la menor: 04-06-24

DNI: 48020626

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: Natalia Priscila Almiron

Domicilio del Titular: Estas Malvinas 540 B LA LOMA

Ciudad: San Nicolás Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: DNI 48020626 Teléfono: 3364399719

Fecha de Nacimiento: 04/06/07

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: Todas BCG: Todas SARAMPION: Todas TRIPLE: Todas COVID: Dos

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Araceli Soledad Almiron Teléfono: 336458089

Abertura Médica: - Teléfono: -

Afiliado: -

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido
Domicilio del Titular
Ciudad Provincia
Tipo y N° de Documento 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 Cual: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Teléfono:

Cobertura Médica: Teléfono: _____

N° Afiliado:

gino cocchetto



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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



REEMPLAZO EMISION 000

Apellido / Surname
CECCHETTO

Nombre / Name
GINO JOSE

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
M ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
05 JUN / JUN 2005

Fecha de emisión / Date of issue
11 MAR / MAR 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry
11 MAR / MAR 2037

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

46.270.188

Trámite N° / Of. ident.
00685995492
8713



DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido Wanda Elena Belen Capon
Domicilio del Titular alem 1040
Ciudad San nicolas Provincia buenos aires
Tipo y N° de Documento DN 147383628 Teléfono 3364362343
Fecha de Nacimiento 18072006

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: paula daniela ramirez Teléfono: 3364237139

Cobertura Médica: NO Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: ALONDRA DI STILIO
Domicilio del Titular: FRANCIA 388
Ciudad: SAN NICOLAS Provincia: BOAS
Tipo y N° de Documento: DNI 47228379 Teléfono: 3364185002
Fecha de Nacimiento: 160407

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 dosis BCG: 1 dosis SARAMPION: 2 dosis TRIPLE: 5 dosis COVID: 2 dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: VICTOR DI STILIO - SANDRA ORTIZ

Teléfono: 3364004675 - 3364103843
(padre) (madre)

Cobertura Médica: _____

Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

Firma

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: 5/11/24 SAN NICOLÁS

Por la presente autorizo a mi hijo/a DIESTILO ALONDRA 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 CHAPADZHAU permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras. / es PEREZ MACARENA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

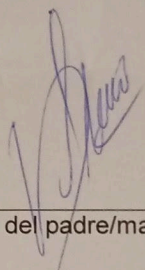
Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

ESCUELA SECUNDARIA 26

Fecha de ingreso:

4/12/24


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

Aclaración: DIESTILO VICTOR

Domicilio:

FRANCIA 388

Localidad:

SAN NICOLÁS DE LOS ARROYOS

Provincia:

BUENOS AIRES

Tipo y N° doc:

DNI : 21.290.088

Teléfono:

3364004675

Fecha de nacimiento el/la menor:

16-04-07

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI : 47.822.315

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Minis
Direc

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

1. D

NO

D

C

Nombre y Apellido: ZSANTAS NABUCCO FUJES
Domicilio del Titular: HANZANA 12 CASA 313
Ciudad: SAN NICOLOAS Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 47383698 Teléfono: 3364352760
Fecha de Nacimiento: 250206

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: Funes Carlos Ramon Teléfono: 3364352760

Cobertura Médica: Oseccc Teléfono:

N° Afiliado:


Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: LOBOY NARR ENA
Domicilio del Titular: PENTONAL 1 1042
Ciudad: SAN NICOLAS Provincia: BUGENOSAIRES
Tipo y N° de Documento: DNI U8 097684 Teléfono: 3364371313
Fecha de Nacimiento: 28/06/07

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. Dur: _____ SI NO

Causa: _____

3.3. Tier: _____ SI (*) NO

(*) Síntomas: _____

Rec: _____ SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Rec: _____ SI NO

Especificar: _____

4.2. Ha: _____ SI NO Especificar: _____

4.3. Pre: _____ SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ALCANTON CATAN Teléfono: 336468199

Cobertura Médica: OSIHL Teléfono: _____

N° Afiliado: 23746831

Alcanton Catan
Firma

Señor
Ministro de Turismo y Deportes

Lugar y Fecha: Chapadmalal 4/12/24

Por la presente autorizo a mi hijo/a GODDY NOBLEN 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 MARCELA PEREZ que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Fecha de ingreso:

ORGANIZACIÓN POR EL ARTE

4-12-24

x Delia Catalán
Firma del padre/madre, tutor/a o encargado/a

Aclaración: ALEXANDRA CATALAN

Domicilio: PERITONAL 1 1042

Localidad: SAN NICOLAS

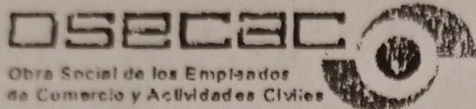
Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: DNI 23746831

Teléfono: 3364 681909

Fecha de nacimiento el/la menor: 28-06-07

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 48097684



F. Alta: 08/11/2011

FAMILIAR DIRECTO

Apellido y Nombre: GODOY MORENA
Tipo y Nro. Documento: DNI 48097684
Caracter: hijo/a Soltero hasta 21 años
Fecha de nacimiento: 28/06/2007
Loc. Atención Médica: SAN NICOLAS
CUIL TITULAR: 27237468312
Titular: CATALAN ALEJANDRA FABIANA
Fecha de ingreso: 01/07/2014

CUIT: 30712519831
DISARIO TRADING SA. (SAN NICOLAS)

F. Vencimiento: 28/06/2028

1. DATOS

Nombre y Apellido: NEVELA SERVALDINE LUCIVA
Domicilio del Titular: SOMOCRA 834
Ciudad: SAN NICOLAS Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 47258695 Teléfono: 3364367103
Fecha de Nacimiento: 10/09/2006

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)

(VACUNATORIO COMPLETO).

SABIN: _____ BCG: _____ SARAMPION: _____ TRIPLE: _____ COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LEIVA RUBEN DARIO

Teléfono: 3364535903

Cobertura Médica: IOYA


Teléfono: _____

N° Afiliado: 1218904034/07

Buenos Aires
Provincia

IOMA

LUISA BERCA GERALDINE
5107 1600 0780 3137
CALLE 17 27-6445
AFILIADO 121890451645
VIG 06/27



217

Esta credencial es personal e intransferible

Esta credencial es personal e intransferible. No debe ser cedida a terceros. No debe ser utilizada para acceder a los servicios de la Universidad de Buenos Aires. No debe ser utilizada por personas que no sean estudiantes de la Universidad de Buenos Aires. No debe ser utilizada por personas que no sean estudiantes de la Universidad de Buenos Aires. No debe ser utilizada por personas que no sean estudiantes de la Universidad de Buenos Aires.

Consultas y más información en www.ioma.gba.gov.ar

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Gabriela Luzán Allambano Teléfono: 336 400-4824

Cobertura Médica: No TIENE Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

Allambano
Firma

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido EVELYN MELISSA ROJAS
Domicilio del Titular BENGOLEA 1065
Ciudad SAN NICOLAS Provincia BUEENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 46803470 Teléfono 3364060131
Fecha de Nacimiento 2/12/65

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)

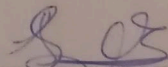
SABIN: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: DOS

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ROJAS LUIS ALBERTO Teléfono: 3364635893

Cobertura Médica: NO Teléfono: _____

N° Afiliado: _____


Firma

1. DATOS

Nombre y Apellido ROLOON NEHINA
Domicilio del Titular 7 VE SEPTIEMBRE N°
Ciudad SAN NICOLAS Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 47.887.006 Teléfono 3364564792
Fecha de Nacimiento 14/02/07

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:

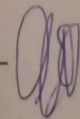
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: TODAS

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARCELA COHREA Teléfono: 3364564792
Abertura Médica: - Teléfono: -
* Afiliado: -

FIRMA


Juan Rolon



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

Apellido / Surname
ROLON

Nombre / Name
NERINA AYLEN

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

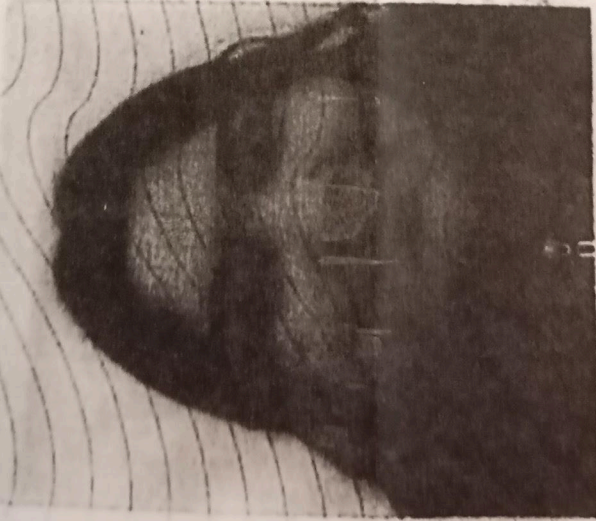
Fecha de nacimiento / Date of birth
14 FEB / FEB 2007

Fecha de emisión / Date of issue
12 AGO / AUG 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry
12 AGO / AUG 2037

Trámite N° / Of. Ident.
**00692652466
 9266**

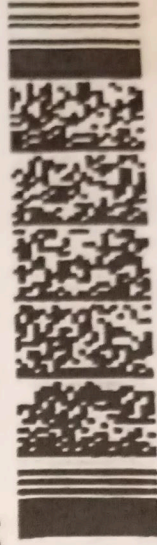
Documento / Document
47.887.006



RENAPER EMISSION 002

Nerina

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE



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: CHAPADMALAL 04/12/24

Por la presente autorizo a mi hijo/a ROLÓN NEHINA 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 CHAJAD MALAL, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras MACARIENA PEAFZ que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

ORGANIZACION POR EL ARTE

Fecha de ingreso:

04/12/24

Juan Rolon

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

Aclaración:

Domicilio:

B° 7 SEPTIEMBRE NT

Localidad:

SANNICOLAS

Provincia:

BUENOS AIRES

Tipo y N° doc:

26388492

Teléfono:

3364573453

Fecha de nacimiento el/la menor:

14/02/2007

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI 47887006

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: San Nicolás 4/11

Por la presente autorizo a mi hijo/a TECCO CATALINA 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 TURISTICO DE CHARPITALA permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr^s / es Perez Macarena que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Organización por el arte.

Fecha de ingreso:

4/12

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

Aclaración:

Weimer Andrea

Domicilio:

Don Bosco 481

Localidad:

San Nicolás

Provincia:

Bs As.

Tipo y N° doc:

DNI: 24713614

Teléfono:

336-4678042

Fecha de nacimiento el/la menor:

02-12-06

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI: 47.632.076

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: CRISTINA TERESA
Domicilio del Titular: Don Roser 484
Ciudad: San Nicolás Provincia: Buenos Aires
Tipo y N° de Documento: DNI 47632076 Teléfono: 3364298794
Fecha de Nacimiento: 02/12/06

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

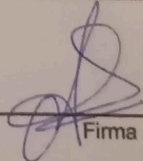
Nombre y Apellido: Andrea Weimer

Teléfono: 3364678042

Cobertura Médica: IOMA

Teléfono: _____

N° Afiliado: 2247136146-02


Firma

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: SAN NICOLAS 7/11/24

Por la presente autorizo a mi hijo/a BAUTISTA YALUZZI 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 PEREZ MARCELA que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: ES. 26
Fecha de ingreso: 4/7/24

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

Aclaración: MICHAELA MORE (MADRE)

Domicilio: MONTEVIDEO 574

Localidad: SAN NICOLAS DE LOS ARROYOS

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° doc: 34643007

Teléfono: 3364294723

Fecha de nacimiento el/la menor: 12/06/03

Tipo y N° documento el /la menor: 48580511

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: BAUTISTA YACUZZI
Domicilio del Titular: MONTEVIDEO 574 BL. DEL CARMEN
Ciudad: SAN NICOLAS Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 48590577 Teléfono: 3364291723
Fecha de Nacimiento: 12/06/08

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MICHAELA MORE

Teléfono: 3364291723

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

Firma



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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname
YACUZZI

Nombre / Name
BAUTISTA

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

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

Fecha de emisión / Date of issue
12 ENE / JAN 2024

Fecha de vencimiento / Date of expiry
12 ENE / JAN 2039

Trámite N° / Of. ident.
00715498728
7133

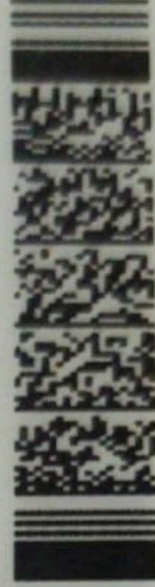


BAUTISTA

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

48.580.511



Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MARIA LETICIA DIAZ

Domicilio del Titular RIVADAVIA 521

Ciudad SAN NICOLAS Provincia BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento 20642369 Teléfono 3364354130

Fecha de Nacimiento 250169

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)

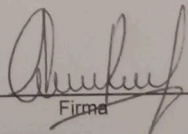
SABIN: COMPLETO BCG: COMPLETO SARAMPION: COMPLETO TRIPLE: COMPLETO COVID: 4

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: HOSPITAL SAN FELIPE Teléfono: _____

Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____

N° Afiliado: _____


Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido MARGARENA PEREZ
Domicilio del Titular ALEM ZGA
Ciudad LANNICOLAS Provincia BS AS
Tipo y N° de Documento DNI 33429026 Teléfono 3364365333
Fecha de Nacimiento 07/11/87

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: APENDICITIS / CESÁREA

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: APENICIA

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MOCHOL NOYA Teléfono: 3364577337

Responsable Médica: LOMA Teléfono: _____

* Afiliado: 233429026500

