



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

Apellido / Surname
TALLARICO

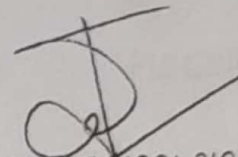
Nombre / Name
LAURA MARCELA



Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA B

Fecha de nacimiento / Date of birth
25 OCT/ OCT 1979

Fecha de emisión / Date of issue
25 MAR/ MAR 2021


FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
25 MAR/ MAR 2036

Documento / Document

27.728.386

Trámite Nº / Of. ident.
00654058549
7014



1. DATOS

Nombre y Apellido L A N U E A F A M I L I A R I C O 4 1 2 9
Domicilio del Titular C O L O N I E L R E I N G E R I E S
Ciudad L A Y A J A N U Z A Provincia B U E N O S A I R E S
Tipo y N° de Documento 2 7 7 2 8 3 8 6 Teléfono 7 1 1 6 6 3 8 3 1 5 2
Fecha de Nacimiento 2 5 1 0 1 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: ASMA
Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar: PAG

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: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido VERA HAZEL FELIX Teléfono: 1122448228

La Matanza, de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a GABRIELA ALIN OSIEL
con DNI N° 29.217.964 con domicilio en GRECIA 3395
localidad: GONZALEZ CATAN a participar del Encuentro de Cierre del
Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turística de Chapadmalal, ubicado en
Ruta 11 Km 35 1/2 -Hoteles 5 y 8 del Complejo Turístico que depende del
Ministerio de Turismo de la Nación.

Saliendo el día / / a las hs, y regresando el día / / a lashs
aproximadamente.

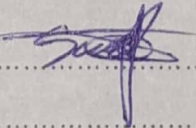
El punto de salida y de regreso será la Sede / organización:.....
ubicada en:.....

Referente del Programa que acompaña:..... celular:.....

Doy fe que he sido informado de las características particulares de dicho evento,
como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de
transporte a utilizar y lugar donde se llevará a cabo dicha actividad.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al participante por
profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen.

Las personas a cargo del cuidado y vigilancia de los/as adolescentes no serán
responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan
llevar.

Firma del padre / madre / tutor/a: 

Aclaración: SCAGLIA

DNI N°: 39327241

Domicilio: GRECIA 3395

Localidad: GONZALEZ CATAN

*Teléfono (opción 1): 1139369886

*Teléfono (opción 2): 1126163620

*Deben completarse ambas opciones para contactarse en caso de emergencia.

1. DATOS

Nombre y Apellido: ALEJANDRA LUCIA SCAGLIA
Domicilio del Titular: BRECCIA 3395
Ciudad: COMBALEZUEN Provincia: BS. AS.
Tipo y N° de Documento: DNI Teléfono: 1139369886
Fecha de Nacimiento: 13/12/87

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: _____

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: 3 TRIPLE: 1 COVID: 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SCAGLIA ALEJANDRA LUCIA Teléfono: 1139369886
Cobertura médica: _____ Teléfono: 1126163620
N° Afiliado: _____

SCAGLIA
Firma



La Matanza, de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a NAZARENA ABRIL BENITEZ
con DNI N° 46.689.779, con domicilio en S. CARLATA 3551
localidad GONZALEZ CATAN a participar del Encuentro de Cierre del
Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turística de Chapadmalal, ubicado en
Ruta 11 Km 35 1/2 -Hoteles 5 y 8 del Complejo Turístico que depende del
Ministerio de Turismo de la Nación.

Saliendo el día 10/11/24 a las hs, y regresando el día 11/11/24 a lashs
aproximadamente.

El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: ENVIÓN,
ubicada en COMUNITARIO EL ARBOL DE LAS COSQUILLAS

Referente del Programa que acompaña: YANINA GONZALEZ celular: 11.2.246.8828

Doy fe que he sido informado de las características particulares de dicho evento,
como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de
transporte a utilizar y lugar donde se llevará a cabo dicha actividad.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al participante por
profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen.

Las personas a cargo del cuidado y vigilancia de los/as adolescentes no serán
responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan
llevar.

Firma del padre / madre / tutor/a: [Firma]

Aclaración: LUGO ANDREA MARTEL

DNI N°: 23.766.157

Domicilio: S. CARLATA 3557

Localidad: GONZALEZ CATAN

*Teléfono (opción 1): 11 37 89 0856

*Teléfono (opción 2):

*Deben completarse ambas opciones para contactarse en caso de emergencia.

1. DATOS

Nombre y Apellido: NAZARUENA AABDILBENITEZ
Domicilio del Titular: SCARLATY 3551
Ciudad: GONZALEZCATAN Provincia: BUENOSAIRES
Tipo y N° de Documento: 40089779 Teléfono: 1137890856
Fecha de Nacimiento: 06067005

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:

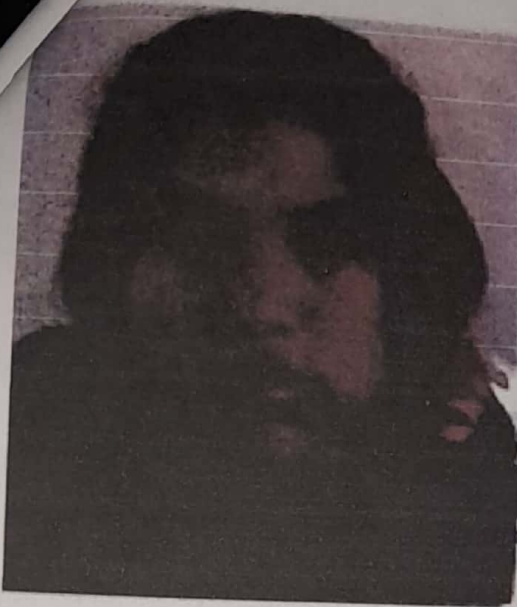
5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARIEL

Teléfono: 1137890856



Apellido / Surname
BENITEZ

Nombre / Name
NAZARENA ABRIL

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

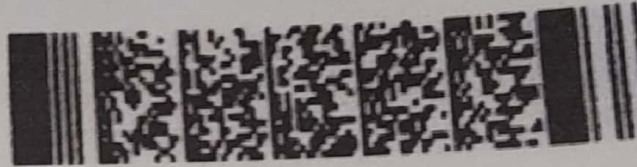
Fecha de nacimiento / Date of birth
06 JUN / JUN 2005

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

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

Trámite Nº / Of. ident.
00676346682
9700

FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE



Documento / Document
46.689.779



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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Escaneado con CamScanner

Apellido / Surname
 LUGO

Nombre / Name
 ANDREA MARIEL

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
 F ARGENTINA D

Fecha de nacimiento / Date of birth
 11 ENE / JAN 1974

Fecha de emisión / Date of issue
 30 SEP / SEP 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry
 30 SEPT / SEP 2037

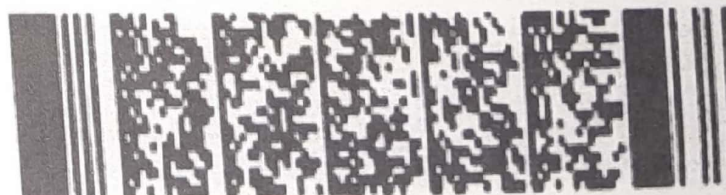
FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

REMPER EMISIÓN 002



Documento / Document
23.766.157

Trámite Nº / Of. ident.
 00694933576
 7876



DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido JONATHAN ROBERTO ARRIETA
Domicilio del Titular DPAGONES 3548
Ciudad LANAFRANCA Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 34274829 Teléfono
Fecha de Nacimiento 201204

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: 2 SARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido Alicia Gonzalez Teléfono: 1122448828



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

Apellido / Surname
ARRIETA

Nombre / Name
JONATAN ROBERTO ANDRES

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Estatus
M ARGENTINA D

Fecha de nacimiento / Date of birth
21 DIC / DEC 1984

Fecha de emisión / Date of issue
09 FEB / FEB 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry
09 FEB / FEB 2037

Trámite N° / Of. ident.
**00684674640
7876**



RENAPER CUBIEN 002

HUELLA

Documento / Document

34.274.879

DOMICILIO DRAGONES 3548 - GONZÁLEZ CATÁN - LA
MATANZA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES



CUIL: 20-34274879-2

Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

HUELLA
DACTILAR

IDARG34274879<0<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
8412210M3702095ARG<<<<<<<<<<<<<<<<6
ARRIETA<<JONATAN<ROBERTO<ANDRE

Turismo Social

Institución

ENVION COMUNITARIO COSQUILLAS

Mes

1 0

Año

2 4

le registro

Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Firma
ABIGAIL AYLEN SCHALLER	DNI:48446099	8/2/2008	FONTANA 1741	1131584021	<i>Paula Toria</i>
ALMA MIA BENITEZ	DNI:49887908	5/8/2010	SCARLATTI 3551	1137890856	<i>Alma Mia Benitez</i>
CANDELA VALENTINA CENTURION	DNI:49110861	20/5/2009	FONTANA 1726	1122482664	<i>Blanca</i>
DIEGO HERNAN VALERIANO	DNI:50705740	27/11/2010	DRAGONES 3515	1157970092	<i>Diego</i>
DEMIAN JAVIER PRADO	DNI:49190148	30/11/2008	CARMENTA 1710	1159340168	<i>Diego</i>
GASTON JAVIER CREN	DNI:48676750	9/5/2008	SCARLATTI 3287	1153186321	<i>Gaston</i>
JONATHAN ROBERTO ARRIETA	DNI:34274879	21/12/1984	DRAGONES 3548	1122448828	<i>Jonathan</i>
LAURA MARCELA TALLARICO	DNI:27728386	25/10/1979	CNEL PRINGLES 4129	1166393152	<i>Laura</i>
LUCIANO ARIEL FERNANDEZ	DNI:48297011	24/9/2007	BOULOGNE 678	1166729492	<i>Luciano</i>
MALENA AGUSTINA GARCIA	DNI:48700032	21/5/2008	ITALIA 525	1128751856	<i>Paula Toria</i>
NAZARENA ABRIL BENITEZ	DNI:46689779	6/6/2005	SCARLATTI 3551	1137890856	<i>Alma Mia Benitez</i>
AIN ORIEL GALARZA	DNI:49417964	12/5/2009	MAR CHIQUITA 1242	1139369886	<i>Ain</i>
THIAGO TAIEL PALAVECINO	DNI:51438579	24/10/2011	ECHECONEA 929	1125321282	<i>Thiago</i>
JUAN MANUEL REYNAGA	DNI:50494761	12/10/2010	HILARIO LAGOS 4430	1133311305	<i>Juan Manuel Reynaga</i>
VALENTIN NICOLAS PAJON	DNI:49760660	14/8/2009	ARROTEA 4227	1130593774	<i>Stefan</i>