Secretaría de Desarrollo Social
NIÑEZ, ADOLESCENCIA y JUVENTUD

Municipio La Mat.

La Matanza, ... de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a IVAN Sotelo,
con DNI N° 49 69 8 637, con domicilio en ITALIA y Trejo
localidad: GONZALEZ CATÁN., a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turistica 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 07/11/ a las ..... hs, y regresando el día 12/11/ a las .....hs aproximadamente.

El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: el arbol de las ardillas
ubicada en: Deheza 3548

Referente del Programa que acompaña: Yanina Gonzales celular: 1122648828

Doy fe que he sido informado de las caracteristicas 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: [signature]

Aclaración: Alba Benitez

DNI N°: 95323174

Domicilio: ITALIA y trejo

Localidad: GONZALES CATAN

*Teléfono (opción1): 1165596628

*Teléfono (opción 2): 1124591744 (tia)

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

Escaneado con CamScanner

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: IVAN GOTELO BENITEZ

Domicilio del Titular: ITALIA 1 TREJO

Ciudad: BUENOS AIRES Provincia: GONZALEZ CATAN

Tipo y N° de Documento: DNI Teléfono: 1165596688

Fecha de Nacimiento: 04/09/04

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

3. ANTECEDENTES
3.1. Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?
SI [ ] NO [X] Cual? .....
3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI [ ] NO [X]
Causa: .....
3.3. Tiene algún tipo de alergia: SI (*) [ ] NO [X]
(*) Síntomas: .....
Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [X]

4. TRATAMIENTOS
4.1. Recibe tratamiento médico? SI [ ] NO [X]
Especificar: .....
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI [ ] NO [X] Especificar: .....
4.3. Presenta alguna limitación física? SI [ ] NO [X] Cuál: .....

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)
SABIN: ✓ BCG: ✓ SARAMPION: ✓ TRIPLE: ✓ COVID: ✓

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:
Nombre y Apellido: Alba BENITEZ Teléfono: 1165596688

Escaneado con CamScanner

Cobertura Médica: N.O Teléfono: 1165506688

N° Afiliado: .....

Firma

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

DOMICILIO: CASCADA 4148 - GONZÁLEZ CATÁN - LA MATANZA
BUENOS AIRES

LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

HIJO/A DE:

BENITEZ BENITEZ,ALBA CAROLIN

DNI: 95323174

Lic. D. Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub y Vivienda

CUIL: 20-49628631-7

PULGAR

IDARG49628631<9<<<<<<<<<<<<<<<
0907040M2407049ARG<<<<<<<<<<<8
SOTELO<BENITEZ<<IVAN<DARIO<<<<

Escaneado con CamScanner

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 ☒ Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 1 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 1 COVID: _____

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Romina Luján Villanueva Teléfono: 1189358887

Cobertura Médica: SANCOR Teléfono: _____

N° Afiliado: _____

Firma

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Desarrollo Social
NIÑEZ, ADOLESCENCIA y JUVENTUD

Municipio La Mat.

La Matanza, ... de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a Franco Osorio,
con DNI N° 49.735.167, con domicilio en
localidad: González Catán 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 11/ a las ..... hs, y regresando el día 13/11 / a las .....hs aproximadamente.

El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: el Arbol de las Cosquillas ubicada en: Aragones 3548.

Referente del Programa que acompaña: Yanina Gonzales ..... celular: 1122949828

Doy fe que he sido informado de las caracteristicas 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: [signature]

Aclaración: Zamana Lysan Villanueva

DNI N°: 24 789 169

Domicilio: Odoardo y Clay Fila 10 Casa 14

Localidad: González Catán

*Teléfono (opción1): 1139358887

*Teléfono (opción 2): 11 22784640

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

Escaneado con CamScanner

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

Apellido / *Surname*
OSORIO

Nombre / *Name*
FRANCO EZEQUIEL

Sexo / *Sex* M

Nacionalidad / *Nationality* ARGENTINA

Ejemplar A

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
[illegible] SEP 2009

Fecha de emisión / *Date of issue*
[illegible] OCT / OCT 2024

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ *SIGNATURE*

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
03 OCT/ OCT 2039

Documento / *Document*
49.735.167

Trámite N° / Of. ident.
00725903570
8281

DOMICILIO: COLODRERO Y CLAY S/N FILA 10 CASA 14 -
CIUDAD DE PONTEVEDRA - MERLO - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES

CUIL: 20-49735167-8

Dr. Guillermo A. Francos
Jefe de Gabinete de Ministros

HUELLA DACTILAR

IDARG49735167<2<<<<<<<<<<<<<<<
0909206M3910032ARG<<<<<<<<<<<2
OSORIO<<FRANCO<EZEQUIEL<<<<<<<

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / Surname
VILLANUEVA

Nombre / Name
RAMONA LUJAN

Sexo / Sex
F

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / Date of birth
04 ABR/ APR 1968

Fecha de emisión / Date of issue
16 FEB/ FEB 2017

Fecha de vencimiento / Date of expiry
16 FEB/ FEB 2032

Documento / Document
24.789.169

Nº - Of. ident.
00479734742
7L14

DOMICILIO: COLODRERO Y CLAY FILA 10 CASA 14 -
GONZALEZ CATAN - LA MATANZA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: CHACO

Lic. D. Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda

PULGAR

CUIL 27-24789169-8

IDARG24789169<6<<<<<<<<<<<<<<<
6804048F3202160ARG<<<<<<<<<<<2
VILLANUEVA<<RAMONA<LUJAN<<<<<<

Escaneado con CamScanner

La Matanza, ... de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a...MUSICA MAURICIO TOMAS
con DNI N°.94258261....., con domicilio en.....-
localidad:G.CATAN....., a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turistica 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 dia 13/12 a las ..... hs, y regresando el día 15/12 a las .....hs aproximadamente.

El punto de salida y de regreso será la Sede / organización:...E.C.A.P.BOL
ubicada en:...DE LAS GOLONDRINAS

Referente del Programa que acompaña:...GONZALEZ..... celular:...1122488828

Doy fe que he sido informado de las caracteristicas 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:...Eodora Liliana.....
Aclaración:...ESCOBAR LILIANA.....
DNI N°:...32868354.....
Domicilio:...PERSEVERANCIA 4972.....
Localidad:...G.CATAN.....
*Teléfono (opción1):...1166734933.....
*Teléfono (opción 2):...1164710597.....

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

Escaneado con CamScanner

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MACARENA THOMAS MOLINA

Domicilio del Titular: PERIFERIA NACIA KM 72

Ciudad: GONZALEZ CATAN Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: 46258261 Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 25/08/2002

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

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

SI [ ] NO [X] Cual?.....

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

Causa: .....

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

(*) Síntomas: .....

Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [X]

4. TRATAMIENTOS
4.1. Recibe tratamiento médico? SI [ ] NO [X]

Especificar: .....

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: ..... BCG: ..... SARAMPION: ..... TRIPLE: ..... COVID: .....

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: ESCOBAR GLADYS Teléfono: 1166734937

Escaneado con CamScanner

Teléfono:.....

Firma

Escaneado con CamScanner

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

RENAPER REPUBLICA ARGENTINA

Apellido / *Surname*
ESCOBAR

Nombre / *Name*
LILIANA GLADYS

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

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
28 ABR/ APR 1986

Fecha de emisión / *Date of issue*
26 JUL/ JUL 2023

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
26 JUL/ JUL 2038

Documento / *Document*
32.868.354

Trámite N° / Of. ident.
00708282528
7875

Escaneado con CamScanner

DOMICILIO: PERSEVERANCIA 4472 - GONZÁLEZ CATÁN -
LA MATANZA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES

HUELLA
DACTILAR

CUIL: 27-32868354-2

IDARG32868354<1<<<<<<<<<<<<<<<
8604286F3807266ARG<<<<<<<<<<<0
ESCOBAR<<LILIANA<GLADYS<<<<<<<

Escaneado con CamScanner

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

Apellido / *Surname*
MUJICA

Nombre / *Name*
MAURICIO TOMAS

Sexo / *Sex*
M

Nacionalidad / *Nationality*
ARGENTINA

Ejemplar
C

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
25 AGO/ AUG 2002

Fecha de emisión / *Date of issue*
07 JUN/ JUN 2023

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
07 JUN/ JUN 2038

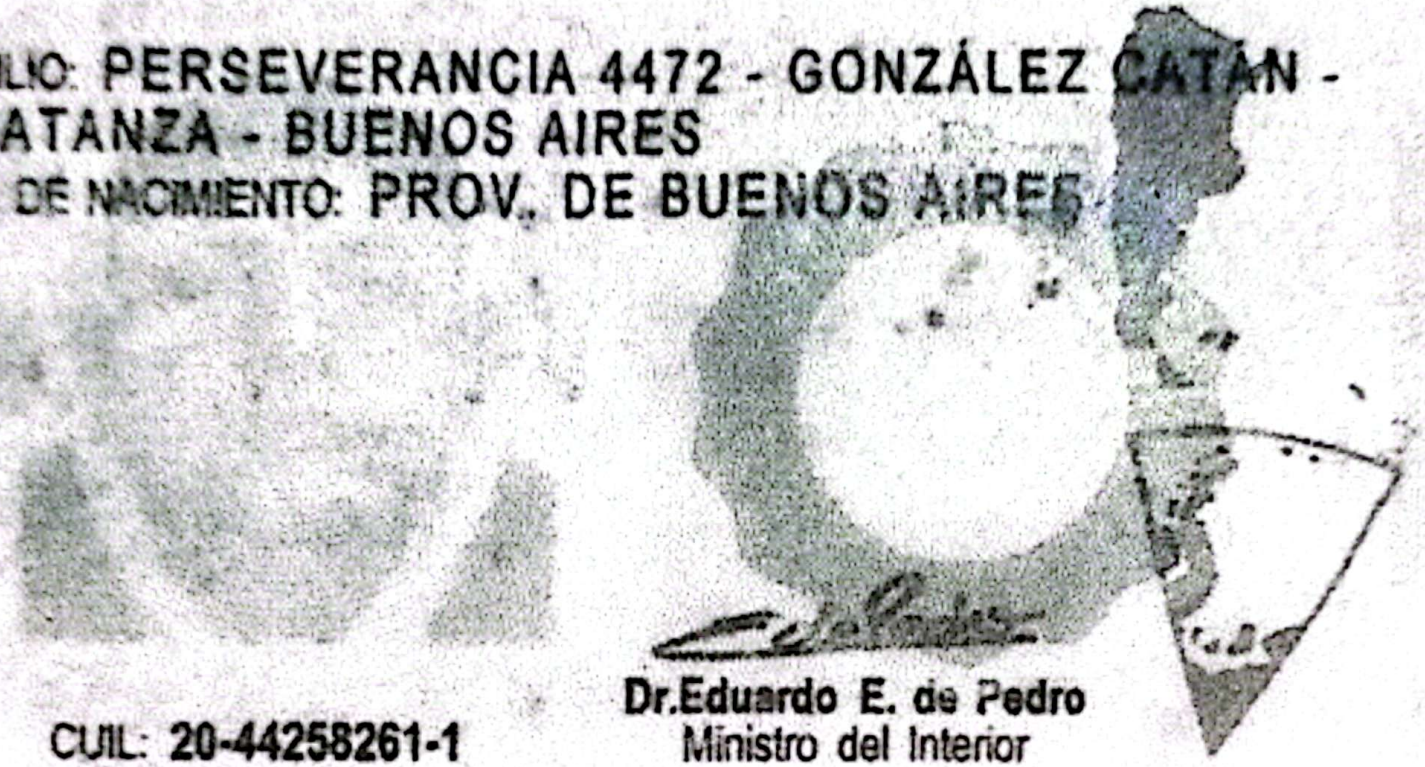
Documento / *Document*
44.258.261

Trámite N° / Of. ident.
00706090776
7876

Escaneado con CamScanner

DOMICILIO: PERSEVERANCIA 4472 - GONZÁLEZ CATÁN - LA MATANZA - BUENOS AIRES

LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES



CUIL: 20-44258261-1

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

HUELLA DACTILAR

IDARG44258261<8<<<<<<<<<<<<<<<

0208253M3806074ARG<<<<<<<<<<<6

MUJICA<<MAURICIO<TOMAS<<<<<<<<

Escaneado con CamScanner

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: NATALIA MARIA DEL VALLE

Domicilio del Titular: Sucre 3393

Ciudad: Villa Maria Provincia: Cordoba

Tipo y Nº de Documento: DNI 29539139 Teléfono: 0351 6663211

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 ☒ 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: MAROTE NATALIA Teléfono: 1156006032 (MAMÁ)
Cobertura Médica: NO Telefono: 1136036670 (PAPÁ)
Nº Afiliado: -

Natalia Marote
Firma

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Desarrollo Social
NIÑEZ, ADOLESCENCIA y JUVENTUD

Municipio La Mat.

La Matanza, ... de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a SOSA MATIAS URIEL, con DNI N° 49.650.303, con domicilio en GRECIA 3393 localidad: GONZALEZ CATAN, a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turistica 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 dia 17 / 11 / a las ..... hs, y regresando el día 21 / 11 / a las .....hs aproximadamente.

El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: el arbol de las cosquillas ubicada en: DRAGONES 3548

Referente del Programa que acompaña: YANINA GONZALES celular: 1122948828

Doy fe que he sido informado de las caracteristicas 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: Maria Natalia

Aclaración: NATALIA MAZZEI

DNI N°: 32.953.939

Domicilio: Grecia 3393

Localidad: GONZALEZ CATAN

*Teléfono (opción1): 11.56606032

*Teléfono (opción 2): 1135609670

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

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / Surname
MAROTE

Nombre / Name
NATALIA SABRINA DEL VALLE

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

Fecha de nacimiento / Date of birth
25 ENE/ JAN 1987

Fecha de emisión / Date of issue
08 AGO/ AUG 2016

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
08 AGO/ AUG 2031

Documento / Document
32.953.939

Trámite Nº / Of. Ident.
00446983688
7277

DOMICILIO: DRAGONES 3431 - GONZÁLEZ CATÁN - LA MATANZA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Lic. Rogelio Frigerio
Ministro del Interior, O. Pub. y Vivienda

CUIL: 27-32953939-9

PULGAR

IDARG32953939<7<<<<<<<<<<<<<<<
8701255F3108088ARG<<<<<<<<<<<2
MAROTE<<NATALIN<SABRINA<DEL<VA

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / Surname
SESTA

Nombre / Name
MATIAS URIEL

Sexo / Sex
M

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / Date of birth
19 JUN/ JUN 2009

Fecha de emisión / Date of issue
28 SET/ SET 2017

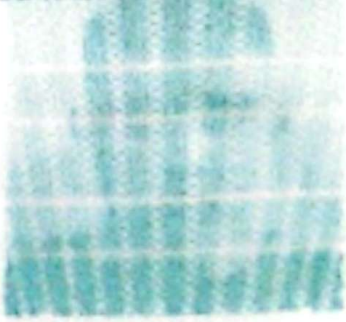
FIRMA DEL TITULAR / SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
19 JUN/ JUN 2024

Documento / Document
49.550.303

Trámite Nº / Of. ident.
00515436597
7077

DOMICILIO DRAGONES 3431 - GONZÁLEZ CATÁN - LA MATANZA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO CIUDAD DE BUENOS AIRES



Lic. D. Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub y Vivienda

CUIL: 20-49550303-9

PULGAR

IDARG49550303<7<<<<<<<<<<<<<<<
0906191M2406190ARG<<<<<<<<<<<0
SESTA<<MATIAS<URIEL<<<<<<<<<<<

Escaneado con CamScanner

SISTEMA INTEGRAL DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS NIÑOS Y ADOLESCENTES

Secretaría de Desarrollo Social
NIÑEZ, ADOLESCENCIA y JUVENTUD

Municipio La Mat.

La Matanza, …. de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a Milena falcon, con DNI N° 50.266.896, con domicilio en Perseverancia 3520 localidad: Buenos Aires, a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turistica 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 dia 9/11/ a las …… hs, y regresando el día 13/11/ a las ……hs aproximadamente.

El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: el Arbol de las Cosquillas ubicada en: Deangelis 3548

Referente del Programa que acompaña: Janina gonzales celular: 11 22448828

Doy fe que he sido informado de las caracteristicas 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: M. Marcela

Aclaración: Marcela Mainzna

DNI N°: 38066078

Domicilio: Perseverancia 3520

Localidad: Gonzalez Catan

*Teléfono (opción1): 1136422374

*Teléfono (opción 2): 1139389661

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

Escaneado con CamScanner

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: AILENA FALCON

Domicilio del Titular: PERSEURANO A 3520

Ciudad: BUENOS AIRES Provincia:

Tipo y N° de Documento: 50266896 Teléfono: 1136422374

Fecha de Nacimiento: 19/07/10

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

3. ANTECEDENTES

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

SI [ ] NO [X] Cual? .....

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

Causa: .....

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

(*) Síntomas: .....

Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [X]

4. TRATAMIENTOS

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

Especificar: .....

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Marina Maidana Teléfono: 1136422374

Cobertura Médica: ..... Teléfono: .....

N° Afiliado: .....

Firma

Escaneado con CamScanner

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

Apellido / Surname
FALCON

Nombre / Name
MILENA YASMIN

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

Fecha de nacimiento / Date of birth
19 JUL/ JUL 2010

Fecha de emisión / Date of issue
23 JUL/ JUL 2015

Fecha de vencimiento / Date of expiry
19 JUL/ JUL 2025

Documento / Document
50.266.896

Trámite Nº / Cl. Just.
00390085037
8221

DOMICILIO: PERSEVERANCIA 3520 - GONZÁLEZ CATÁN - LA MATANZA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES
HIJO/A DE:
FALCON EDUARDO GASTON
DNI: 42587871
HIJO/A DE:
MAIDANA MARILINA ELIZABETH
DNI: 38066078

Dr. A. Florencia Randazzo
Ministro del Interior y Transporte

CUIL: 27-50266896-5

PULGAR

IDARG50266896<6<<<<<<<<<<<<<<<
1007198F2507190ARG<<<<<<<<<<<8
FALCON<<MILENA<YASMIN<<<<<<<<<

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR

MAIDANA

MARILINA ELIZABETH

F

ARGENTINA

14 MAY/ MAY 1994

28 JUL/ JUL 2031

Documento / Document

38.066.078

00448904901

7007

DOMICILIO: PERSEVERANCIA 3520 - GONZALEZ CATÁN - LA MATANZA - BUENOS AIRES

LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

CUIL 23-38066078-4

IDARG38066078<8<<<<<<<<<<<<<<<

9405147F3107287ARG<<<<<<<<<<<2

MAIDANA<<MARILINA<ELIZABETH<<<

Escaneado con CamScanner

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: OMAR CARLOS SANCHEZ

Domicilio del Titular: ATENZO 7152 ENTRE BORDO Y ARECO

Ciudad: LAMATANZA Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: DNI 46966068 Teléfono: 1136466984

Fecha de Nacimiento: 12/12/05

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

3. ANTECEDENTES

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

SI [ ] NO [X] Cual? .....

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

Causa: .....

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

(*) Síntomas: .....

Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [X]

4. TRATAMIENTOS

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

Especificar: .....

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: ..... BCG: ..... SARAMPION: ..... TRIPLE: ..... COVID: X LAS 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: GLADYS DORA RIVERO Teléfono: 1140642361

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Desarrollo Social
NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

Municipio La Mat.

La Matanza, ...de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a.....OMAR CARLOS SANCHEZ
con DNI N° 46.966.068....., con domicilio en...ATENZO Nº 7152.
localidad:...G. 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 2/11/ a las ..... hs. y regresando el día 3/11/ a las .....hs aproximadamente.

El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: el Arenal de las Casquitas ubicada en:.....

Referente del Programa que acompaña: JENNA..... celular:...1122949528
Gonzales

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:...Gladys Dora Rivero.....

DNI N°:...24.550.726.....

Domicilio:...ATENZO 7152.....

Localidad:...Gonzalez Catán.....

*Teléfono (opción1):...11.4064-2361.....

*Teléfono (opción 2):...11.6977-5790.....

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

Escaneado con CamScanner

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

Apellido / *Surname*
RIVERO

Nombre / *Name*
GLADYS DORA

Sexo / *Sex*
F

Nacionalidad / *Nationality*
ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
07 AGO/ AUG 1975

Fecha de emisión / *Date of issue*
27 SET/ SET 2013

FIRMA IDENTIFICADO/ *SIGNATURE*

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
27 SET/ SET 2028

Documento / *Document*
24.550.726

Trámite N° / Of. ident.
00221023072
7007

Escaneado con CamScanner

DOMICILIO: ATENZO 7152 - GONZÁLEZ CATÁN - LA MATANZA
BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior

PULGAR

IDARG24550726<5<<<<<<<<<<<<<<<
7508077F2809274ARG<<<<<<<<<<<6
RIVERO<<GLADYS<DORA<<<<<<<<<<

Escaneado con CamScanner

4. TRAT.

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

Apellido / *Surname*
SANCHEZ

Nombre / *Name*
OMAR CARLOS

Sexo / *Sex*
M

Nacionalidad / *Nationality*
ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
12 DIC/ DEC 2005

Fecha de emisión / *Date of issue*
16 SET/ SET 2021

FIRMA IDENTIFICADO/ *SIGNATURE*

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
16 SET/ SET 2036

Documento / *Document*
46.966.068

Trámite Nº / Of. ident.
00675544195
8221

Escaneado con CamScanner

DOMICILIO: ATENZO 7152 - GONZÁLEZ CATÁN - LA MATANZA
BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: SANTA FE

CUIL: 20-46966068-1

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

PULGAR

IDARG46966068<1<<<<<<<<<<<<<<<
0512125M3609161ARG<<<<<<<<<<<6
SANCHEZ<<OMAR<CARLOS<<<<<<<<<<

Escaneado con CamScanner

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: KAREN YAEL CARRIZO

Domicilio del Titular: DRAGONES 3490

Ciudad: GONZALEZ CATAN Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: 43613701 Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 20/04/18

2. INFORMANTE

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

3. ANTECEDENTES

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

SI [ ] NO [X] Cual?.....

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

Causa: .....

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

(*) Síntomas: .....

Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [X]

4. TRATAMIENTOS

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

Especificar: .....

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 1 BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 1 COVID: 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: CARLOS KAREN Teléfono: 1134494714

Escaneado con CamScanner

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname
CARRIZO
Nombre / Name
KAREN YAEL
Sexo / Sex
F
Nacionalidad/ Nationality
ARGENTINA
Ejemplar
B
Fecha de nacimiento/ Date of birth
20 ENE/ JAN 1998
Fecha de emisión / Date of issue
18 OCT/ OCT 2024
FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE
Fecha de vencimiento / Date of expiry
18 OCT/ OCT 2039
Documento / Document
40.936.701
Tramite No/ Of. ident.
00726526666
22663

Escaneado con CamScanner

KAREN YAEL CARRIZO

DOMICILIO DRAGONES 3440 GONZALEZ CATAN LA MATANZA BUENOS AIRES

LUGAR DE NACIMIENTO

Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

IDARG40936701<6<<<<<<<<<<<<<<<

9801200F3910180ARG<<<<<<<<<<<8

CARRIZO<<KAREN<YAEL<<<<<<<<<<<

Escaneado con CamScanner

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido [illegible]

Domicilio del Titular [illegible]

Ciudad [illegible] Provincia [illegible]

Tipo y N° de Documento [illegible] Teléfono [illegible]

Fecha de Nacimiento [illegible]

2. INFORMANTE

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

3. ANTECEDENTES

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

SI [ ] NO [X] Cual? .....

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

Causa: .....

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

(*) Síntomas: .....

Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [X]

4. TRATAMIENTOS

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

Especificar: .....

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: X BCG: X SARAMPION: X TRIPLE: X COVID: X

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido YANINA GONZALEZ Teléfono: 11 22 44 8828

Escaneado con CamScanner

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

Apellido / *Surname*
MARTINEZ

Nombre / *Name*
DIEGO ANDRES

Sexo / *Sex*
M

Nacionalidad / *Nationality*
ARGENTINA

Ejemplar
B

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
03 FEB/ FEB 1979

Fecha de emisión / *Date of issue*
31 AGO/ AUG 2021

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
31 AGO/ AUG 2036

Documento / *Document*
27.161.795

Trámite Nº / Of. ident
00673175612
7019

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: FLORENCIA OVIEDO

Domicilio del Titular: CERRITO 5596

Ciudad: GONZALEZ CATAN

Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: 39554232

Teléfono: 1136801285

Fecha de Nacimiento: 26/8/90

2. INFORMANTE

Titular [X] 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 [X]

Causa: .....

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

(*) Síntomas: .....

Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [X]

4. TRATAMIENTOS

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

Especificar: .....

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: X BCG: X SARAMPION: X TRIPLE: X COVID: X

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Florencia Oviedo Teléfono: 1136801285

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

DOMICILIO CROACIA 4596 - GONZÁLEZ CATÁN - LA
MATANZA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO PROV. DE BUENOS AIRES

CUIL: 27-39554237-6

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

HUELLA
DACTILAR

IDARG39554237<4<<<<<<<<<<<<<<<
9008261F3702213ARG<<<<<<<<<<<4
OVIEDO<<FLORENCIA<JOHANNA<<<<<

Escaneado con CamScanner

...e Turismo y Deportes
...Nacional de Turismo Social

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

...

...e y Apellido: DYLAN NAHUEL REINOSO

...icilio del Titular: PACHECO 950

...udad: _____ Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: 49316906 Teléfono: 1151949554

Fecha de Nacimiento: 18/08/09

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

3. ANTECEDENTES

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

SI [ ] NO [x] Cual? .....

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

Causa: .....

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

(*) Síntomas: .....

Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [x]

4. TRATAMIENTOS

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

Especificar: .....

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: ..... BCG: ..... SARAMPION: ..... TRIPLE: ..... COVID: .....

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: CABELLER EDUARDO EXEQUIEL Teléfono: 1140980846

Cobertura Médica: ..... Teléfono: .....

N° Afiliado: .....

Firma

Escaneado con CamScanner

con DNI N° 59 [illegible] autorizo a mi hijo/a LO [illegible]
localidad: [illegible]

SISTEMA INTEGRAL DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS NIÑOS Y ADOLESCENTES

Secretaría de Desarrollo Social
NIÑEZ, ADOLESCENCIA y JUVENTUD

Municipio La Mat.

La Matanza, ... de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a DYLAN MANUEL REINOSO, con DNI N° 49316908, con domicilio en PACHECO 990 localidad: GONZALEZ CATAN, a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turistica 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 dia / / a las ..... hs, y regresando el día / / a las .....hs 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 caracteristicas 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: [signature]

Aclaración: CABELLA EDUARDO EZEQUIEL

DNI N°: 33277808

Domicilio: PACHECO 990

Localidad: GONZALES CATAN

*Teléfono (opción1): 1140990846

*Teléfono (opción 2): 51405554

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

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

ALEJANDRO<SEBASTIAN<<

DOMICILIO: PACHECO 950 - GONZÁLEZ CATÁN - LA MATANZA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD DE BUENOS AIRES

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

HUELLA DACTILAR

CUIL: 20-49316906-9

IDARG49316906<0<<<<<<<<<<<<<<<
0901130M2401139ARG<<<<<<<<<<<0
REINOSO<<DYLAN<NAHUEL<<<<<<<<<

Escaneado con CamScanner

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: Alejandro Sebastian Reinoso

Domicilio del Titular: Machado 959

Ciudad: [redacted]

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° de Documento: DNI 49.491.919

Teléfono: 1151490354

Fecha de Nacimiento: 08/11/06

2. INFORMANTE

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

3. ANTECEDENTES

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

SI [ ] NO [x] Cual? .....

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

Causa: .....

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

(*) Síntomas: .....

Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [x]

4. TRATAMIENTOS

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

Especificar: .....

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: ..... BCG: ..... SARAMPION: ..... TRIPLE: ..... COVID: .....

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Caballero Eduardo Exequiel Teléfono: 1140980846

Cobertura Médica: ..... Teléfono: .....

N° Afiliado: .....

Firma

Escaneado con CamScanner

SISTEMA INTEGRAL DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE NIÑAS NIÑOS Y ADOLESCENTES

Secretaría de Desarrollo Social
NIÑEZ, ADOLESCENCIA y JUVENTUD

Municipio La Mat.

La Matanza, ... de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a Reinasa Yolanda Sebastián con DNI N° 47.491919, con domicilio en Pacheco 950 localidad: G. Catán, a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turistica 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 dia / / a las ..... hs, y regresando el día / / a las .....hs 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 caracteristicas 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: Eduardo Exequiel Caballero

DNI N°: 33.277.808

Domicilio: Pacheco 950

Localidad: Gonzales Catan

*Teléfono (opción1): 11 40 98 08 46

*Teléfono (opción 2): 11 51 44 05 54

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

Escaneado con CamScanner

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

Apellido / Surname
REINOSO

Nombre / Name
ALEJANDRO SEBASTIAN

Sexo / Sex	Nacionalidad / Nationality	Ejemplar
M	ARGENTINA	B

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

Fecha de emision / Date of issue
09 SEP/ SEP 2022

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

Documento / Document
47.491.919

Trámite N° / Of. ident.
00693839486
7014

Escaneado con CamScanner

DOMICILIO PACHECO 950 - GONZÁLEZ CATÁN - LA MATANZA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO CIUDAD DE BUENOS AIRES

CUIL: 20-47491919-7

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

HUELLA DACTILAR

IDARG47491919<2<<<<<<<<<<<<<<<
0611084M3709094ARG<<<<<<<<<<<2
REINOSO<<ALEJANDRO<SEBASTIAN<<

DOMICILIO PACHECO 950 - GONZÁLEZ CATÁN - LA MATANZA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO PROV. DE

PACHECO 950 - GONZÁLEZ CATÁN - LA

Escaneado con CamScanner

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

Apellido / Surname
CABELLER

Nombre / Name
EDUARDO EXEQUIEL

Sexo / Sex
M

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
C

Fecha de nacimiento / Date of birth
17 ABR/ APR 1987

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

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

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

Documento / Document
33.277.808

Trámite N° / Of. ident.
00692704734
7014

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

Apellido / Surname
PAVESI

Nombre / Name
MARIA CRISTINA

Sexo / Sex
F

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
D

Fecha de nacimiento / Date of birth
13 MAY/ MAY 1989

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

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

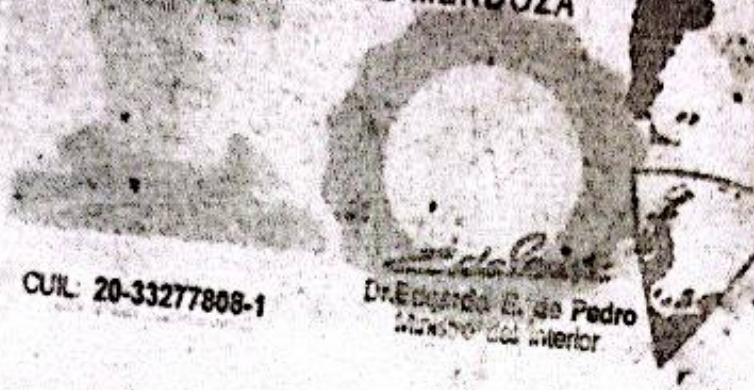
Fecha de vencimiento / Date of expiry
08 SEP/ SEP 2037

Documento / Document
34.391.630

Trámite N° / Of. ident.
00693839644
7014

Escaneado con CamScanner

DOMICILIO: PACHECO 950 - GONZÁLEZ CATÁN - LA MATANZA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE MENDOZA



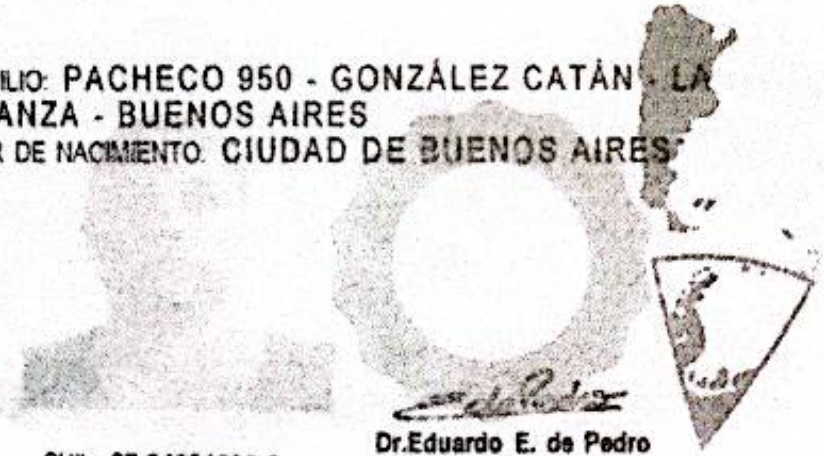
CUIL: 20-33277808-1

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

HUELLA DACTILAR

IDARG33277808<4<<<<<<<<<<<<<<<
8704175M3708101ARG<<<<<<<<<<<8
CABELLER<<EDUARDO<EXEQUIEL<<<<

DOMICILIO: PACHECO 950 - GONZÁLEZ CATÁN - LA MATANZA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD DE BUENOS AIRES



CUIL: 27-34391630-8

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

HUELLA DACTILAR

IDARG34391630<9<<<<<<<<<<<<<<<
8905134F3709083ARG<<<<<<<<<<<2
PAVESI<<MARIA<CRISTINA<<<<<<<<

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Desarrollo Social
NIÑEZ, ADOLESCENCIA y JUVENTUD

Municipio La Mat.

La Matanza, ...de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a LO VERA SOL MADELINE, con DNI N° 52.159.736, con domicilio en SAN VICENTE 511 localidad: G. CATAN, a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turistica 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 dia 11/11/24 a las ..... hs, y regresando el día 13/11/24 a las .....hs aproximadamente.

El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: DEOLINDA 3140 ubicada en: G. CATAN

Referente del Programa que acompaña: [illegible] celular: 1132468328

Doy fe que he sido informado de las caracteristicas 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: [signature]

Aclaración: LEDEZMA MAIRA BELEN

DNI N°: 34.449.018

Domicilio: Sevedra 511

Localidad: Ranchos

*Teléfono (opción1): 1134822055

*Teléfono (opción 2): 1159919283

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

Escaneado con CamScanner

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: SOL NAVEIRA

Domicilio del Titular: SAAVEDRA 511

Ciudad: SAN 39736 Provincia: BS. AS.

Tipo y N° de Documento: Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 17/03/12

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: S BCG: 1 SARAMPION: 1 TRIPLE: 1 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LEDESMA MAYRA BELEN Teléfono: 11 3482 5055

Escaneado con CamScanner

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

Apellido / *Surname*
LOVERA

Nombre / *Name*
SOL MADELAINE

Sexo / *Sex*
F

Nacionalidad / *Nationality*
ARGENTINA

Ejemplar
C

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
17 MAR/ MAR 2012

SOL MADELAINE

Fecha de emisión / *Date of issue*
18 MAY/ MAY 2023

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ *SIGNATURE*

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
17 MAR/ MAR 2027

Documento / *Document*
52.189.736

Trámite N° / Of. ident.
00705282852
7620

Escaneado con CamScanner

DOMICILIO SAAVEDRA 511 - CIUDAD DE PONTEVEDRA -
MERLO - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES
HIJO/A DE
LOVERA,Raul Francisco
DNI: 32254628
HIJO/A DE:
LEDESMA,Mayra Belen
DNI: 34449018

CUIL: 27-52189736-3

Dr.Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

HUELLA
DACTILAR

IDARG52189736<1<<<<<<<<<<<<<<<
1203174F2703176ARG<<<<<<<<<<<2
LOVERA<<SOL<MADELAINE<<<<<<<<<

Escaneado con CamScanner

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

Apellido / *Surname*
LEDESMA

Nombre / *Name*
MAYRA BELEN

Sexo / *Sex*
F

Nacionalidad / *Nationality*
ARGENTINA

Ejemplar
D

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
23 SEP 1988

Fecha de emisión / *Date of issue*
03 JUL 2023

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ *SIGNATURE*

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
03 JUL 2038

Documento / *Document*
34.449.018

Trámite N° / Of. ident.
00707097604
7570

REPUBLICA ARGENTINA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Escaneado con CamScanner

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MARCOS ELIAS MAEA

Domicilio del Titular: LEONES 1064

Ciudad: GONZALEZ CATAN Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: DNI 47579794 0 Teléfono:

Fecha de Nacimiento: 17/02/03

2. INFORMANTE

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

3. ANTECEDENTES

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

SI [ ] NO [X] Cual?.....

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

Causa: .....

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

(*) Síntomas: A LA PENICILINA

Recibe Tratamiento permanente? SI [ ] NO [X]

4. TRATAMIENTOS

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

Especificar: .....

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

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: ..... BCG: ..... SARAMPION: ..... TRIPLE: ..... COVID: .....

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: AMALIA LAURA GUIDI Teléfono: 1140354135

Escaneado con CamScanner

La Matanza, ...de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a BREA MARCOS, con DNI N° 44797940, con domicilio en LEONES 1064 localidad: G. CATAN, a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turistica 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 dia / / a las ..... hs, y regresando el día / / a las .....hs 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: AMALIA LAURA GUIDI

DNI N°: 22119525

Domicilio: LEONES 1064

Localidad: GONZALEZ CATAN

*Teléfono (opción1): 1140354135 MADRE

*Teléfono (opción 2): 1124839037 PADRE

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

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / Surname
GUIDI

Nombre / Name
AMALIA LAURA

Sexo / Sex
F

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
B

Fecha de nacimiento / Date of birth
04 ABR/ APR 1971

Fecha de emisión / Date of issue
14 DIC/ DEC 2017

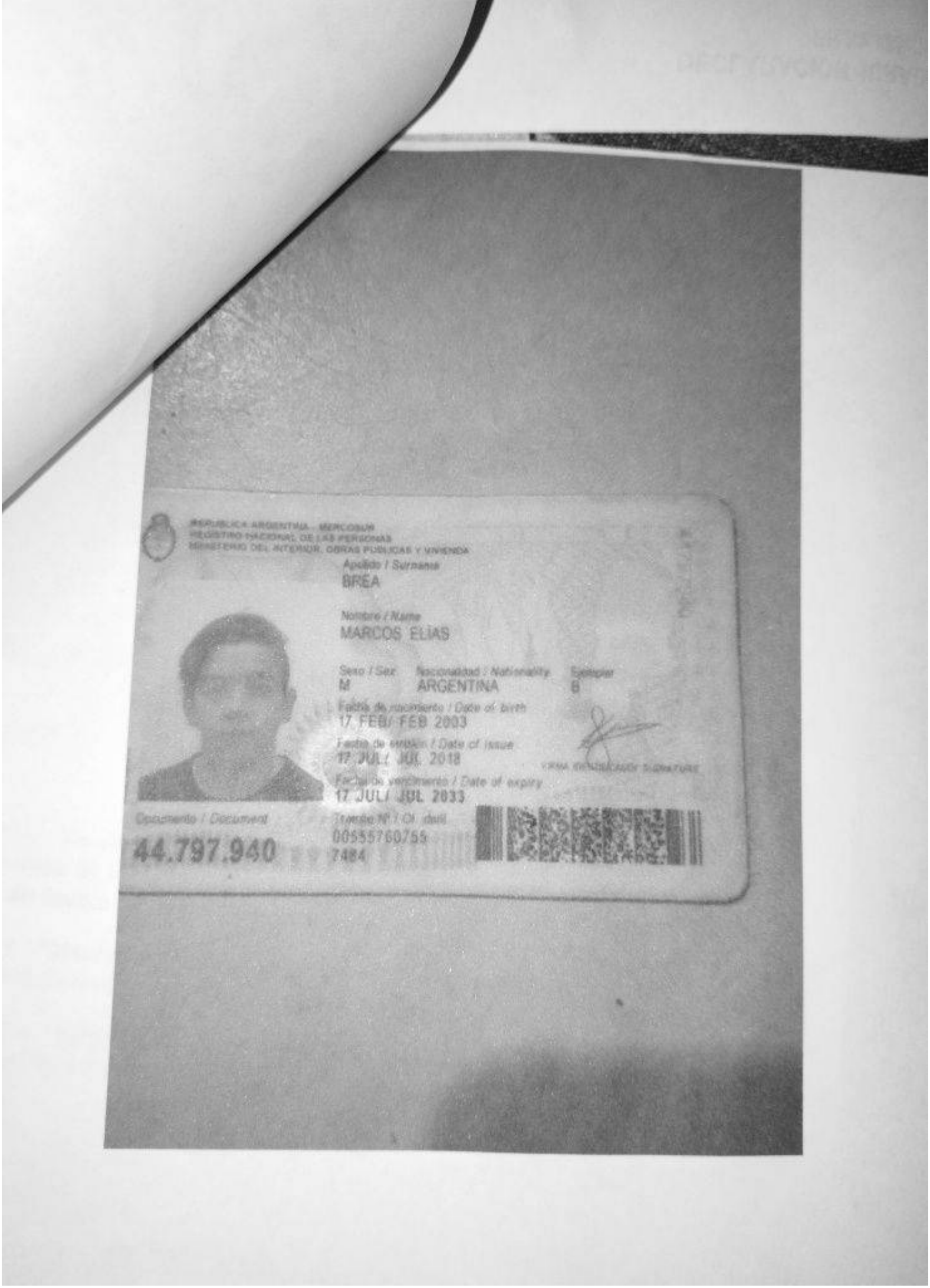
FIRMA IDENTIFICADOR / SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
14 DIC/ DEC 2032

Documento / Document
22.114.525

Tramite N° (DI) Nbers
00527262761
7035

Escaneado con CamScanner



Escaneado con CamScanner

Secretaría de Desarrollo Social
NIÑEZ, ADOLESCENCIA y JUVENTUD

Municipio La Mat.

La Matanza, ... de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a VIVANCO DAMIAN RAFAEL Y DANIEL con DNI N° 54.529.345, con domicilio en ENRIQUE CLAY 3002 localidad: G. CATAN., a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria en la Unidad Turistica 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 dia / / a las ..... hs, y regresando el día / / a las .....hs 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 caracteristicas 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: PONCE YESICA NATALIA

DNI N°: 30953012

Domicilio: ENRIQUE CLAY 3002

Localidad:.....

*Teléfono (opción1): 1127236256 (MAMA)

*Teléfono (opción 2): 1141617423 (PAPA)

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

Escaneado con CamScanner

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

Apellido / Surname
VIVANCO

Nombre / Name
DEMIAN RODRIGO URIEL

Sexo / Sex
M

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Ejemplar
A

05 OCT/ OCT 2007
Fecha de emisión / Date of issue

20 MAY/ MAY 2023
Fecha de vencimiento / Date of expiry

20 MAY/ MAY 2038

Documento / Document
54.529.345

Trámite N° / Cr. Ident.
00705320986
7620

DOMICILIO: E CLAY 3002 - GONZÁLEZ CATÁN - LA MATANZA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES

CUIL: 20-54529345-6

Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

HUELLA DACTILAR

IDARG54529345<9<<<<<<<<<<<<<<<
0710057M3805206ARG<<<<<<<<<<<6
VIVANCO<<DEMIAN<RODRIGO<URIEL<

Escaneado con CamScanner

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: BENJAMIN RODRIGO JESUS VINCO

Domicilio del Titular: ENRIQUE CLAY 3002

Ciudad: G. CATAN — Provincia: BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento: 54529345 — Teléfono: 1127236256

Fecha de Nacimiento: 05/10/2017

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: Pauce Yesica — Teléfono: 1127236256

Escaneado con CamScanner

DECLARACION JURADA

Cobertura Médica: Avi Salud

Teléfono: 1123623656

N° Afiliado: 95300 02

Firma

Escaneado con CamScanner

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

Apellido / *Surname*
PONCE

Nombre / *Name*
YESICA NATALIA

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

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
24 JUL/ JUL 1983

Fecha de emisión / *Date of issue*
19 MAY/ MAY 2023

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ *SIGNATURE*

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
19 MAY/ MAY 2038

Documento / *Document*
30.953.012

Trámite N° / Of. ident.
00705321430
7620

DOMICILIO: ENRIQUE CLAY 3002 - GONZÁLEZ CATÁN - LA MATANZA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES

CUIL: 27-30953012-3

Dr. Eduardo E. de Pedro
Ministro del Interior

HUELLA DACTILAR

IDARG30953012<7<<<<<<<<<<<<<<<
8307244F3805192ARG<<<<<<<<<<<6
PONCE<<YESICA<NATALIA<<<<<<<<<

Escaneado con CamScanner

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: EZEQUIEL ISMAEL MAROTE

Domicilio del Titular: LEOPARDI 3525

Ciudad: GLEW Provincia: BS AS

Tipo y N° de Documento: DNI 38137302 Teléfono: 1151046241

Fecha de Nacimiento: 19/07/11

2. INFORMANTE

Titular [X] 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: X BCG: X SARAMPION: X TRIPLE: X COVID: X

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: JUDITH OYARZO Teléfono: 1151046241

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Desarrollo Social
NIÑEZ, ADOLESCENCIA y JUVENTUD

Municipio La Mat.

La Matanza, ...de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a LAUTARO MAROTE, con DNI N° 50881373, con domicilio en LEOPARDI 3525 localidad: G. 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 dia / / a las ..... hs, y regresando el día / / a las .....hs 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 caracteristicas 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: JUDITH OYARZO

DNI N°: 95.537.643

Domicilio: LEOPARDI 3525

Localidad: G. CATAN

*Teléfono (opción1): 1151046241

*Teléfono (opción 2): 1130593774

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

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

Apellido / *Surname*
MAROTE

Nombre / *Name*
LAUTARO ISMAEL

Sexo / *Sex*
M

Nacionalidad / *Nationality*
ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
14 JUL/ JUL 2011

Fecha de emisión / *Date of issue*
18 NOV/ NOV 2016

FIRMA RESP / *SIGNATURE*

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
14 JUL/ JUL 2026

Documento / *Document*
50.881.373

Trámite Nº / Cf. ident.
00465332088
8221

DOMICILIO: SANABRIA 3850 25 DE MAYO - GONZÁLEZ CATÁN - LA MATANZA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: BUENOS AIRES
HIJO/A DE:
MAROTE,FABIAN ISMAEL
DNI: 27591951

Lic. D. Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda

CUIL: **20-50881373-3**

PULGAR

IDARG50881373<3<<<<<<<<<<<<<<<
1107146M2607148ARG<<<<<<<<<<<4
MAROTE<<LAUTARO<ISMAEL<<<<<<<<

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR, OBRAS PUBLICAS Y VIVIENDA

EXTRANJERO

Apellido / *Surname*
OYARZO

Nombre / *Name*
JUDITH

Sexo / *Sex*
F

Nacionalidad / *Nationality*
URUGUAYA

Ejemplar
B

Fecha de nacimiento / *Date of birth*
22 OCT/ OCT 1971

Fecha de emisión / *Date of issue*
29 MAR/ MAR 2019

FIRMA IDENTIFICADO/ *SIGNATURE*

Fecha de vencimiento / *Date of expiry*
29 MAR/ MAR 2034

Documento / *Document*
95.537.643

Trámite Nº / *Of. ident.*
00588098438
9546

DOMICILIO: LEOPARDI 3525 - GONZÁLEZ CATÁN - LA MATANZA - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: URUGUAY - -
FECHA DE INGRESO AL PAIS: 01 NOV 2004
CATEGORIA DE INGRESO: Permanente
EXPEDIENTE: 2429562015 DISPOSICION: 36981
FECHA DE RADICACION: 03 MAR 2016

Lic. D. Rogelio Frigerio
Ministro del Interior O. Pub. y Vivienda

CUIL: 27-95537643-4

PULGAR

IDARG95537643<8<<<<<<<<<<<<<<<
7110221F3403299URY<<<<<<<<<<<6
OYARZO<<JUDITH<<<<<<<<<<<<<<<

Escaneado con CamScanner

Ministerio de Turismo

Turismo Social

Institución asociacion civil y centro de fomento | el arbol de las cosquillas

Mes 10 | Año 20 24

sanchez

le registro

Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Firma
carlos sanchez	49628631	12/12/2005	atenzo 7152	1140642361	
demian vivanco	54529345	5/10/2007	enrique clay 3002	1129236256	
diego martinez	27161795	3/2/1980	napal 2479	1167406272	
dilan reinoso	49316906	12/1/2009	pacheco 950	1140980846	
franco osorio	49735167	20/9/2009	colodredo y clay fila 10 c.14	1139358887	
florencia oviedo	39554237	20/8/1990	croacia 4596	1136801285	
ivan sotelo	49628631	4/7/2009	italia y trejo	1165595688	
karen carrizo	40936701	20/1/1998	dragones 3440	1132144714	
lautaro ismael marote	50881373	14/7/2011	leopardi 3525	1151046241	
milena falcon	50266896	19-jul	perseverancia 3520	1136422374	
marcos brea	44797940	17/2/2003	leones 1064	1140354135	
matias sesta	49550303	19/7/2010	grecia 3393	1156606032	
sebastian reinoso	47491919	12-ene	pacheco 950	1140980846	
sol lovera	52189736	17/3/2012	saavedra 511	1134825055	
tomas mujica	44258261	25/8/2002	perseverancia 4472	1166734938	

Escaneado con CamScanner