

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido RAFAEL DIEGO MEDINA
Domicilio del Titular CAMINO 77
Ciudad GOÑZALEZ CATIA Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DN 123023226 Teléfono 1138690432
Fecha de Nacimiento 071072

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: x BCG: x SARAMPION: x TRIPLE: x COVID: x4

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido YANINA BONZALEZ Teléfono: 1122448828

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido JULIANA JAZMIN GOMEZ
Domicilio del Titular ITALIA 862 ET MARIANO ACOSTA Y DRAGONES
Ciudad G. CATAM Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento DNI 49673993 Teléfono 1151335906
Fecha de Nacimiento 190909

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: —

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido PAIAVEGINO ROCIO ANDREA Teléfono: 1151335906

La Matanza, de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a JULIANA JAZMÍN GÓMEZ
con DNI N° 49.673.993....., con domicilio en ITALIA 862.
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 10/11/24 a las hs, y regresando el día 13/11/24 a lashs
aproximadamente.

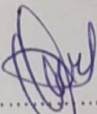
El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: CENTRO COMUNITARIO
LOS JOVENES DEL ARBOL
ubicada en: DRAGONES 3548.....

Referente del Programa que acompaña: Diego Medina..... celular: 11.38.69.0432

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: PALAVECINO ROCIO ANDREA.....

DNI N°: 35.342.123.....

Domicilio: ITALIA 862.....

Localidad: G. CATAN.....

*Teléfono (opción 1): 1151335906 (MAMÁ).....

*Teléfono (opción 2): 1128546409 (ABUELA).....

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

La Matanza, ... de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a RAMIRO DANIEL GOMEZ,
con DNI N° 55 733 998, con domicilio en ITALIA 862,
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 11/11/24 a las hs, y regresando el día 13/11/24 a lashs
aproximadamente.


El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: Centros Comunitario Los Jóvenes del Arbol
ubicada en: dragones 3548

Referente del Programa que acompaña: diego medina celular: 11 3869 0932

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: PALAVECINO REGIO ANDREA

DNI N°: 35 342 123

Domicilio: ITALIA 862

Localidad: G. CATAN

*Teléfono (opción 1): 11 51 33 59 06 (MAMÁ)

*Teléfono (opción 2): 11 28 57 64 09 (ABUELA)

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

Nombre y Apellido RAMIRO DANIEL GOMEZ
Domicilio del Titular ITALIA 862 MARIANO ACOSTA Y D RAGONEE
Ciudad G. CATAN Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 55733998 Teléfono 1151335906
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: COMPLETO BCG: COMPLETO SARAMPION: COMPLETO TRIPLE: COMPLETO COVID: -

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido PALAVECINO ROCIO ANDREA Teléfono: 1151335906

La Matanza, de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a ROGONZA NORINA VALENTINA
con DNI N° 48107460, con domicilio en Fontana 1726
localidad: Gonzales 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 11/24 a las hs, y regresando el día 13/24 a lashs
aproximadamente.

El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: CENTRO COMUNITARIO
LOS JUVENES DEL ARBOL
ubicada en: ORAZONES 3598

Referente del Programa que acompaña: diego celular: 11 38690932
Medina

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: Sandra

Aclaración: SANDRA CORREA

DNI N°: 34409049

Domicilio: Fontana 1726

Localidad: Gonzales Catán

*Teléfono (opción 1): 1164941642

*Teléfono (opción 2): 1162941728

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

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Comisión Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MORENA VALENTINA POGONZA
Domicilio del Titular: FONTANA 1326
Ciudad: GCAITAN Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 48 107460 Teléfono: 1164941642
Fecha de Nacimiento: 040707

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

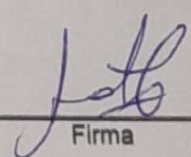
4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO
Especificar:
4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar:
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: SÍ BCG: SÍ SARAMPION: SÍ TRIPLE: SÍ COVID: SÍ

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SANDRA MARIELA CORREA Teléfono: 1164941642
Cobertura Médica: Teléfono:
N° Afiliado:


Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido ZOENIPLAGHOSMANOSILCAKAMOS
Domicilio del Titular MARIANO AGOSTA 3331
Ciudad GONZALESCATAN Provincia BUENOSAIRES
Tipo y N° de Documento 48849136 Teléfono 1154784724
Fecha de Nacimiento 250808

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: _____

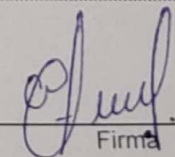
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MAKIA RAMOS Teléfono: 115478-4724
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____


Firma

La Matanza, de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a ZOE MILAGROS MANSILLA RAMOS con DNI N° 48847136, con domicilio en MARIANO ACOSTA 3334 localidad: GONZALES 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 11/11/24 a las hs, y regresando el día 13/11/24 a lashs aproximadamente.

El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: CENTRO COMUNITARIO LOS JUEVES DEL ARBOL ubicada en: CHAZO RES 3548

Referente del Programa que acompaña: Diego Medina celular: 1138690432

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: MARIA RAMOS

DNI N°: 32493388

Domicilio: MARIANO ACOSTA 3334

Localidad: GONZALES CATAN

*Teléfono (opción 1): 115478-4724 (MAMA')

*Teléfono (opción 2): 117000-9848 (PAPA')

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



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

Apellido / Surname
MANSILLA RAMOS

Nombre / Name
ZOE MILAGROS

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
25 AGO / AUG 2008

Fecha de emisión / Date of issue
20 MAY / MAY 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry
20 MAY / MAY 2038

Trámite N° / Of. Ident.
**00705357356
 7620**



RENAPER EMISSION 002

Zoe Milagros

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

48.847.136



Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido PANINA ALEJANDRA GONZALEZ
Domicilio del Titular RAFAELONES 3440
Ciudad LAMADANZA Provincia
Tipo y N° de Documento 27425617 Teléfono
Fecha de Nacimiento 100380

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: 1 COVID: 1

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido YANINA Teléfono: 1122 448828

La Matanza, de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a GANCIO KIARA ABRIL
con DNI N° 50.056.035, con domicilio en FILA 22 CASA 16
localidad: GONZALEZ CATÁN CASCAITA 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 11/12/24 a las hs, y regresando el día 12/12/24 a lashs
aproximadamente.

El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: CENTRO COMUNITARIO
ubicada en: DRAGONES 3548 LOS JOVENES DEL ARBO

Referente del Programa que acompaña: diego celular: 11.3869.0932
Medina

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: Alicia

Aclaración: GANCIO ALICIA

DNI N°: 92.430.566

Domicilio: COLONIZERO Y CLAY FILA 22 CASA 16

Localidad: GONZALEZ CATÁN

*Teléfono (opción 1): 11.5974.4435

*Teléfono (opción 2): 11.22.942.936

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

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: K I A R A A B R I L G A N C I O
Domicilio del Titular: C 6 1 1 0 2 R E R O Y C I A Y F Z Z C 1 6
Ciudad: G O N Z A L E Z P A T A N Provincia: B S A S
Tipo y N° de Documento: 5 0 0 5 6 0 3 5 Teléfono: 1 1 2 3 1 3 8 0 7 8
Fecha de Nacimiento: 0 8 0 2 1 0

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: G A N C I O A L I C I A Teléfono: 1 1 5 9 7 4 4 4 3 5



La Matanza, de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a KIARA JAQUELINE NUÑEZ,
con DNI N° 49 679 491, con domicilio en GAMAY 917 -
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 10/11/24 a las hs, y regresando el día 13/11/24 a lashs
aproximadamente.

El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: CENTRO COMUNITARIO
ubicada en: CHAPADMALAL 3548.....

Referente del Programa que acompaña: diego MEDINA celular: 1138690432

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: Arias Celia

Aclaración: ARIAS CELIA

DNI N°: 34 495 152

Domicilio: GAMAY 917

Localidad: G. CATAN

*Teléfono (opción 1): 1123496578

*Teléfono (opción 2): 1140351138

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

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: CECILIA ARIAS
Domicilio del Titular: GAMAY 917
Ciudad: GONZALECABAN Provincia: BS. AS
Tipo y N° de Documento: 34495152 Teléfono: 1123796578
Fecha de Nacimiento: 270189

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: Cecilia Arias Teléfono: 1123796578

Cobertura Médica: Teléfono: 1140351138

N° Afiliado:

Arias Cecilia
Firma



La Matanza, de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a Mariana Leila Nahir
con DNI N° 49.920.699, con domicilio en Perseverancia 3520
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 11/11/24 a las hs, y regresando el día 13/11/24 a lashs
aproximadamente.

El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: Asociación y Centro de Fomento
ubicada en: G. Catan

Referente del Programa que acompaña: YANINA GONZALEZ celular: 1122448828

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: LEONARDO JOSUS GONZALEZ

DNI N°: 22.932.991

Domicilio: Perseverancia 3520

Localidad: Gonzalez Catan

*Teléfono (opción 1): 1131941634

*Teléfono (opción 2): 1139399661

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

1. DATOS

Nombre y Apellido: LEI, ZAZNAH, CHAIONANA
Domicilio del Titular: SERSEREVERDACION 3520
Ciudad: G. CANTAN Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: 49619920 Teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: 02/04/10

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: _____

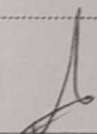
4.3. Presenta alguna limitación física? SI NO Cuál: _____

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARHW Mandano (Hermano) Teléfono: 1136571453
Cobertura Médica: _____ Teléfono: _____
N° Afiliado: _____


Firma



La Matanza, de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a TIARA CASTILLO
con DNI N° 48.679.863, con domicilio en GONZALEZ SATAN
localidad: LA MATANZA, 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 lashs
aproximadamente.

El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: CENTRO COMUNITARIO
LOS JUVENES DEL ARBO
ubicada en: DAGONES 3548

Referente del Programa que acompaña: Diego Medina celular: 11 3869 0432

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: PEREZ GRACIELA

DNI N°: 24.875.787

Domicilio: MARIANO V. COSTA 3239

Localidad: GONZALEZ SATAN

*Teléfono (opción 1): 2202528973 MAMA

*Teléfono (opción 2): 1161737898 PADRE

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

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Comisión Nacional de Turismo Social

DATOS

Nombre y Apellido: P E R E Z G R A C I E L A
Domicilio del Titular: M A R I A N O A C O S T A 3 2 3 9
Ciudad: CATAN Provincia: B U E N O S A I R E S
Tipo y N° de Documento: 4 8 6 9 4 8 6 3 24.375.787 Teléfono: 2 2 0 2 5 2 8 9 7 3
Fecha de Nacimiento: 3 1 8 0 0 9

2. INFORMANTE

Titular Padre/Madre: Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI NO Cual? _____

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

Causa: _____

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

(*) Síntomas: _____

Recibe Tratamiento permanente? SI NO

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI NO

Especificar: _____

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Especificar: _____

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MATIAS CASTILLO

Teléfono: 1161737891

Cobertura Médica: NO

Teléfono: 2202528973

La Matauzá, de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a... Magal: Ailen GUASTAVINO
con DNI N° 47.092.772 con domicilio en CALLE SCARLAT en frente fila 18
localidad: GONZALES 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 19/11 a las hs, y regresando el día 19/11 a lashs
aproximadamente.

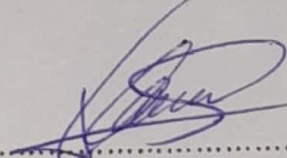
El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: CENTRO COMUNITARIO
LOS JOVENES DEL ARBO
ubicada en: DE AGUJONES 5548.

Referente del Programa que acompaña: diego celular: 11.38.69.0932
MEDINA

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: SILVIA GANCIO

DNI N°: 30.364.333

Domicilio: scarlati enfrente fila 18

Localidad: Gonzales catan

*Teléfono (opción 1): 1122942936

Teléfono (opción 2): 1123702739

Deben completarse ambas opciones para contactarse en caso de emergencia.

1. DATOS

Nombre y Apellido MAGALI AILEN GUASTAVINO
Domicilio del Titular SCARLOTTI SIN ENFRENTA FILA 1B
Ciudad BUENOSAIRES Provincia BUENOSAIRES
Tipo y N° de Documento 47092772 Teléfono 1128506792
Fecha de Nacimiento 24/1/08

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: BCG: SARAMPION: TRIPLE: COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido SILVIA MARIELA GANCIO Teléfono: 1122942936



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



Apellido / Surname
GANCIO

Nombre / Name
SILVIA MARIELA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F **ARGENTINA** **5**

Fecha de nacimiento / Date of birth
04/08/1983

Fecha de emisión / Date of issue
19 FEB 2024

Fecha de vencimiento / Date of expiry
19 FEB 2039

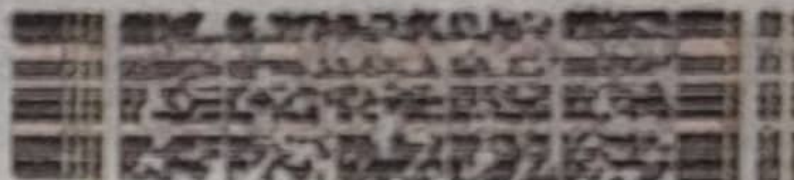
LINEA DE VERIFICACION SIGNATURE

Documento / Document

30.364.333
30.364.333

Teléfono N° / Cell. Number

00718693756
1876





La Matanza, de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a... DALMA VALENTINA DIAZ.....
con DNI N° 50.288.108....., con domicilio en PERSEVERANCIA 1157.
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 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: ASOCIACION CIVIL Y CENTRO DE FOMENTO
ubicada en: G. CATAN.....

Referente del Programa que acompaña: YAMINA GONZALEZ..... celular: 1122448828

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: YESICA ANDREA DAIDANA.....

DNI N°: 34.260.598.....

Domicilio: PERSEVERANCIA.....

Localidad: G. CATAN.....

*Teléfono (opción 1): 1139389661 (MADRE).....

*Teléfono (opción 2): 1169341858 (PAPA).....

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

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido

DALMAVAIA GENTINA ADIAZ

Domicilio del Titular

PERSEDECIANCIA 1157

Ciudad

BUENOS AIRES

Provincia

BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento

DNI 50288108

Teléfono

1139389661

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: / BCG: / SARAMPION: / TRIPLE: / COVID: /

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: YESSICA TRIDANA (Mamá)

Teléfono: 1139389661

Cobertura Médica: -

Teléfono: -

N° Afiliado: -

Firma

La Matanza, de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a LEZCANO NANIARA MORENA MARLENE
con DNI N° 49.238830, con domicilio en ITALIA 530
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 10/11/24 a las hs, y regresando el día 17/11/24 a lashs
aproximadamente.

El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: CENOS COMUNITARIO
LOS JOVENES DEL ARBOL
ubicada en: dragones 3598

Referente del Programa que acompaña: diego medina celular: 11 3869 0932

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: AGUIÑO

DNI N°: 36359971

Domicilio: ITALIA 530

Localidad: G. CATAN

*Teléfono (opción 1): 1122449841 (MAMÁ)

*Teléfono (opción 2): 1145287425 (PAPA)

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

Ministerio de Turismo y Deportes
Comisión Nacional de Turismo Social

DATOS

Nombre y Apellido: NAHIARANORENANA RLENELEZCANO
Domicilio del Titular: ITAVIASBO
Ciudad: GCATAN Provincia: BSAS
Tipo y N° de Documento: DNI 49238830 Teléfono: 1138942640
Fecha de Nacimiento: 050209

2. INFORMANTE

Titular

Padre/Madre: MAMA

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:

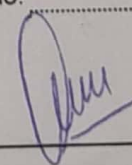
Nombre y Apellido: Aquino Florencia

Teléfono: 1122449841

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:



Firma

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido JUSTAVO ALEJANDRO DIEZ
Domicilio del Titular CANALES 3148 JOSE MARA MOL
Ciudad BUENOS AIRES Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 16090136 Teléfono 1135569500
Fecha de Nacimiento 31192

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 Justavo Alejandro Diez Teléfono: 1135569500

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido LAUTARO JORJA
Domicilio del Titular CECILIA 3676 E MONASTERIO
Ciudad Q. CATAN Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 46264730 Teléfono 1136147848
Fecha de Nacimiento 16/12/2004

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 ROSA GRACIELA SOAIA Teléfono: 1136147848



La Matanza, de Noviembre de 2024

Por la presente autorizo a mi hijo/a... LAUTARO GABRIEL SORIA
con DNI N° 46269732..... con domicilio en LEONES 3676
localidad: LA MATANZA..... 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 13/11/24 a lashs
aproximadamente.

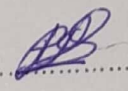
El punto de salida y de regreso será la Sede / organización: el AEROL de LAS CASQUILLAS
ubicada en: DRAGONES 3848.....

Referente del Programa que acompaña: JAVINA GONZALEZ 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: ROSA GRACIELA SORIA

DNI N°: 17367909

Domicilio: LEONES 3676

Localidad: LA MATANZA

*Teléfono (opción 1): 1136147848

*Teléfono (opción 2): 1158364248

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

Turismo Social

Institución

Mes Año

le registro

Nombre y Apellido	Tipo y N° Documento	Fecha de Nacimiento	Domicilio	Teléfono	Firma
DALMA VALENTINA DIAZ	DNI:50288108	30/4/2010	PERSEVERANCIA 1157	1139389661	<i>[Firma]</i>
DANIEL GOMEZ	DNI:55733998	12/11/2010	ITALIA 862	1151335906	<i>Ocaña Daniel</i>
DIEGO RAFAEL MEDINA	DNI:23023226	7/10/1972	CAMINO 77	1138690432	<i>MEDINA RAFAEL</i>
JULIANA JAZMIN GOMEZ	DNI:49673993	19/9/2009	ITALIA 862	1151335906	<i>Gomez Daniel</i>
GUSTAVO ALEJANDRO DIEZ	DNI:16090136	3/11/1962	CANALE 3148	1135569500	<i>Diez G</i>
KIARA JAQUELINE NUÑEZ	DNI:49679491	15/1/2010	GAMAY 835	1123796578	<i>Kiara</i>
KIARA ABRIL GANCIO	DNI:50056035	9/2/2010	FILA 22 CASA 16	1159744435	<i>[Firma]</i>
LAUTARO GABRIEL SORIA	DNI:46264730	16/12/2004	LEONES 3676	1136147848	<i>Soria Rosa</i>
LEILA NAHIR MAIDANA	DNI:49920619	2/4/2010	PERSEVERANCIA 3520	1131941634	<i>MAIDANA</i>
MAGALI AILA GUSTAVINO	DNI:47092772	24/11/2005	SCARLATTI FRENTE A FILA 18	1122942936	<i>Gustavino</i>
MORENA VALENTINA POGONZA	DNI:48107460	4/7/2007	FONTANA 1726	1164941642	<i>[Firma]</i>
NAHIARA MORENA LEZCANO	DNI:49238830	5/2/2009	ITALIA 530	1122449841	<i>Morena Aguirre</i>
TIARA Yael CASTILLO	DNI:49679863	31/8/2009	MARIANO ACOSTA 3239	1161737891	<i>CASTILLO</i>
YANINA ALEJANDRA GONZALEZ	DNI:27925617	10/3/1980	DRAGONES 3440	1122448828	<i>[Firma]</i>
ZOE RAMOS MANSILLA	DNI:48847136	25/8/2008	MARIANO ACOSTA 3331	1154784724	<i>Zoe Ramos</i>