

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido

ALVARADO FILIZIANA

Domicilio del Titular

RAM EDUARDO 1067

Ciudad

Provincia

BUENOS AIRES

Tipo y N° de Documento

49371232

Teléfono

1162002721

Fecha de Nacimiento

020609

2. INFORMANTE

Titular

☐

Padre/Madre

HAYE

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: completo

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:

MARIA ACOSTA

Teléfono:

1162002721

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

Agosto

Firma

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 27/11/25

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a ALVARADO TIZIANA a participar del *Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria* de la CPM en el **Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada**, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sras/es

que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Fecha de ingreso:

Acosta

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

Aclaración:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Tipo y N° doc:

Teléfono:

Fecha de nacimiento el/la menor:

Tipo y N° documento el /la menor:

Acosta María

SAN EDUARDO 1967

Tres de febrero

Buenos Aires

DNI: 18882477

1162002721

02/06/09

DNI: 49371232

ANEXO 31

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN
SALIDA EDUCATIVA SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
(Consultantes con menos de 18 años de edad)

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

Nombre del Proyecto de la Salida: "Buenos y Memoria"

Lugar, día y hora de salida: Plaza Municipal de Tres de Febrero, 3-12-2025
7:30hs

Lugar, día y hora de regreso: Plaza Municipal de Tres de Febrero, 5-12-2025
11 hs

Lugares de estadía (domicilios y otros): Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, Av Alte Brown 5099, Ensenada

Nombre y teléfono de los acompañantes: Mariana Mazzucco 11-5429-3320

Empresas y/o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfono): Se trasladarán en micros provistos por la CPM.

Otros datos de la infraestructura disponible: —

Centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Hospital Municipal Punta Lara, Ensenada. 02154441577

Otros datos de interés: —

2- AUTORIZACIÓN (complete la madre/padre, tutor o responsable)

Por la presente autorizo a mi hijo/a BLANCA TIGRANO
DN 141.511.233 que concurre al Establecimiento Educativo EES N.º 16 del distrito de TRES DE FEBRERO a participar de la Salida Educativa/Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de Punta Lara del 3 al 5 de Diciembre del presente ciclo lectivo 2025

11-2024-18094786-GERA-COCTEDOCCE

3- SALIDA (complete el padre/madre, tutor o responsable)

Deje aquí constancia de cualquier indicación necesaria que deba conocer el personal docente a cargo y personal médico

	SI	NO	Nombre de la Otra Salida / Preocupación
Tiene Otra Salida Preocupación			10º Socio

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

Autorizo a los/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acordados que resulten necesarios, y en todo caso y en todo caso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso. Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las precauciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero incidir en caso.

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

Teléfonos de contacto en caso de urgencia (Entregar varios)

1162007321 (mamá)
1127094036 (papá)
1156922367 (abuela)

Firma y calificación del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Blanca Tigrano

DNI: 141511233

Fecha: 23/11/2025

AUTORIZACION DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Ciudad de Buenos Aires Fecha 27/11/2019
por MORON Fecha 11/11/2025

quien corresponda,

y por medio de la presente, quien suscribe

MARIA JOSE ACOSTA

Documento Tipo DNI Número 18562473

☒ ☐ (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, textos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

la ESTUDIANTE IZABANA NEREA NUNO Documento Tipo DNI Número 49331232

Acosta
FIRMA

Acosta María
ACELERACIÓN

La presente cumple con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando a tal efecto que provee la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para crear o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos, b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario, c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en última disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos, un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerte ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relaciona con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran divulgado en público.





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



Apellido / Surname
ALVARADO

Nombre / Name
TIZIANA NEREA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

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

Fecha de emisión / Date of issue
28 JUN/ JUN 2024

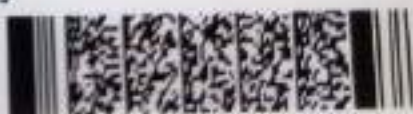
FIRMA DEL TITULAR / SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
28 JUN/ JUN 2039

Documento / Document

49.371.232

Trámite N° / Of. ident.
00722167260
7636




Dr. Guillermo A. Francos
Jefe de Gabinete de Ministro

IDARG49371232<9<<<<<<<<<<<<<<<<
0906021F3906284ARG<<<<<<<<<<<<<0
ALVARADO<<TIZIANA<NEREA<<<<<<<

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: CIELO, DANILO
Domicilio del Titular: SALVINO, MARCELA CARRA 4175
Ciudad: CASCABELA Provincia: BASAS
Tipo y N° de Documento: B.N. 4175/2439 Teléfono: 1157 999469
Fecha de Nacimiento: 01/09/

2. INFORMANTE

Titular ☐ Padre/Madre ☒ Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

SI ☐ NO ☒ Cual?

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

Causa:

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

(*) Síntomas:

Recibe Tratamiento permanente? SI ☐ NO ☒

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI ☐ NO ☒

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI ☐ NO ☒ Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☒ Cual:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: LORENA ORQUEDA CRAMA Teléfono: 1157 999469

Cobertura Médica: Teléfono:

1° Afiliado:

Firma

DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: BS. AS. 23/11/2009

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hija Lila Belmar a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr(s)/os que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Institución: ESC 26º

Fecha de ingreso: _____

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

Aclaración: LORENA ORQUEDA

Domicilio: DAVID MAGDALENA 4175

Localidad: CASEROS

Provincia: BS. AS

Tipo y N° doc: DNI 26404664

Teléfono: 1157999468

Fecha de nacimiento el/la menor: 01/04/2009

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 49413434



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar MORON Fecha 11/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe:

LORENA ANDREA ORQUEDADocumento Tipo DNI Número 26.404.664

SI ☒ NO ☐ (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio-visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares, dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/la ESTUDIANTE CIELO MICAELA DOLINA Documento Tipo DNI Número 40.412.434
FIRMALORENA ORQUEDA
ACLARACIÓN

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando esta el aval que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723 El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta esta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Pasando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos, y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.

DIRECCIÓN GENERAL DE
CULTURA Y EDUCACIÓNGOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

ANEXO 1

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTOMATIZACIÓN
SALIDA EDUCATIVA SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

1. PLANILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTOR O RESPONSABLES
(complete la Familia)

Nombre del Estudiante de la Unidad: "Jesús y Matheo"

Lugar de y fecha de salida: Playón Municipal de Tres de Febrero, 5-12-2024
7:30hs

Lugar de y fecha de regreso: Playón Municipal de Tres de Febrero, 5-12-2024
11 hs

Lugares de salida (doméstica y extranjera): Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, Av. Albe Brown 5099, Ensenada

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Mariana Mazzocco 11-5420-3330

Empleos y/o empresas contratadas (asistencia, dirección, telefonos). Se trasladarán en micros provistos por la CPM.

Datos sobre la infraestructura deportiva:

Centros deportivos (canchas, gimnasios, etc.) y Playón Municipal Punta Lara
Estrada: 02158443377

Otros datos de interés:

2. AUTORIZACIÓN (complete la madre/padre, tutor o responsable)

Por la presente autorizo a mi hijo/a Diego Santiago
DNI 99.423.454 que compare al Establecimiento Deportivo EDA "3 de
Febrero" del TRES DE FEBRERO a participar de la Salida Educativa Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de Punta Lara del 5 al 7 de febrero del presente año. Fecha 28/25

10-2024-00000000-00000000-00000000

3. SALIDA (complete el padre/madre, tutor o responsable)

Dejo aquí voluntariamente a mi hijo/a Diego Santiago para que participe de la Salida Educativa Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de Punta Lara del 5 al 7 de febrero del presente año.

Tiene DNI Social	Si	No	Nombre de la Clase Social	Presupuesto
Presupuesto		X	Nº Clase	

Dejo constancia de que he sido informado de las condiciones generales de la Salida Educativa, como el contenido de las actividades, los responsables de las actividades, los horarios de transporte y salida y lugares donde se realizarán las actividades.

Autorizo a los responsables de la Salida a disponer, conforme con las normas de la planificación de las actividades de acuerdo a las necesidades, a los recursos humanos, a los recursos económicos y a los recursos materiales.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer, dentro del establecimiento, por procedimientos especiales, y a que se adopten las medidas que sean necesarias para la seguridad de los estudiantes.

Los docentes a cargo del establecimiento y los responsables de las actividades con menos de 18 años de edad no serán responsables de los daños o perjuicios que sufran los estudiantes durante la Salida.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia (Compañía y celular)

1157899468 (mamá)
1169007164 (tía Mariana)
1139212333 (tío Adrián)
1161527481 (padre)

Firma y sello del padre, madre, tutor o responsable

Diego Santiago

DNI 26.204.664

Fecha 28/11/2025



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



Apellido / Surname
DOLINA

Nombre / Name
CIELO MICAELA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality
F ARGENTINA

Fecha de nacimiento / Date of birth
01 ABR / APR 2009

Fecha de emisión / Date of issue
14 AGO / AUG 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry
14 AGO / AUG 2038

Ejemplar
A

IMPRESIÓN DEL SERVIDOR / SIGNATURE

Documento / Document
49.413.434

Trámite N° / Cf. ident.
00709277886
7636



IDARG49413434<2<<<<<<<<<<<<<<
0904016F3808148ARG<<<<<<<<<<6
DOLINA<<CIELO<MICAELA<<<<<<<<

1. DATOS

Nombre y Apellido: AMUNYANALCANO
Domicilio del Titular: SAN FERNANDO BGS
Ciudad: LOS HORTENSAS Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: DN 1950994158 Teléfono: 4730015919
Fecha de Nacimiento: 14/01/2006

2. INFORMANTE

Titular: ☐ Padre/Madre: ☐ Otros (especificar): Tia

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: Estornudos, Hinchazón de nariz

Recibe Tratamiento permanente? SI ☒ NO ☐

4. TRATAMIENTOS

4.1. Recibe tratamiento médico? SI ☐ NO ☒

Especificar:

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI ☐ NO ☒ Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☒ Cual:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: BCG: 1 Dosis SARAMPION: 1 Dosis TRIPLE: 2º Dosis COVID: 2º Dosis
2º Dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: Gleide SILVA Teléfono: 1166772226

Cobertura Médica: Teléfono:

N° Afiliado:

Gleide SILVA
Firma

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: La Tablada 26-11-25

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a Amny Mascano a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el **Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada**, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s/es Mariana Mazzucchi que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Secundaria 26

Fecha de ingreso: _____

03/12/25

Gleide SILVA

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

Aclaración:

Gleide SILVA

Domicilio:

San Pedro 855

Localidad:

La Tablada

Provincia:

Bs AS

Tipo y N° doc:

DNI 95.902.255

Teléfono:

1166772226

Fecha de nacimiento el/la menor:

14-08-2008

Tipo y N° documento el /la menor:

DNI 95894158

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN
SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

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

Nombre del Proyecto de la Salida: "Jóvenes y Memoria"

Lugar, día y hora de salida: Playon Municipal de Tres de Febrero. 3-12-2025
7.30hs

Lugar, día y hora de regreso: Playon Municipal de Tres de Febrero. 5-12-2025
11 hs

Lugares de estadía (domicilios y teléfonos): Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara. Av Alte Brown 5099, Ensenada

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Mariana Mazzucco 11-5420-3320

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfonos): Se trasladarán en micros provistos por la CPM.

Otros datos de la infraestructura disponible: —

Centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Hospital Municipal Punta Lara. Ensenada. 02216441377

Otros datos de interés: — Actividades y tour por ACUOTICAS LA PLATA

2- AUTORIZACIÓN (completa la madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a Amny marciano
DNI 95894158 que concurre al Establecimiento Educativo EES N.º 26 del distrito de TRES DE FEBRERO a participar de la Salida Educativa/ Salida de Representación Institucional a realizarse en la localidad de Punta Lara del 3 al 5 de Diciembre del presente ciclo lectivo 2025

IF-2024-35030478-GDEBA-CGCYEDGCYE

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

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

Tiene Obra Social/ Prepaga	Si	No	Nombre de la Obra Social/ Prepaga	
			Nº Socio	
		X		

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida, como así también de las/ los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.
Autorizo a las/ los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a su solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deberán informar y fundamentar al regreso.
Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales médicos y a que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.
Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de las/ los estudiantes con menos de 18 años de edad no serán responsables de los objetos u otros elementos de valor que los mismos puedan llevar.

Teléfonos de contacto en caso de urgencia. (Consiguar varios)

Tía 1166772226
tio 1166771684

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

Gleide Silva
DNI 95.902.255

Fecha 26/11/2025



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar La Tablada MORON Fecha 26-11-2023
11/11/2023

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

Gleide SILVA

Documento Tipo DNI Número 95.902255

SI ☒ NO ☐ (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio-visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/ la ESTUDIANTE Amny Marciano Documento Tipo DNI Número 95894158

Gleide

FIRMA

Gleide SILVA

ACERACIÓN

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos, b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario, c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resolviendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.





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



Documento / Document

95.894.158

Apellido / Surname
MARCANO SILVA

Nombre / Name
AMNY ALEJANDRA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F VENEZOLANA C

Fecha de nacimiento / Date of birth
14 ENS/ JAN 2008

Fecha de emisión / Date of issue
28 NOV/ NOV 2022

Fecha de vencimiento / Date of expiry
26 NOV/ NOV 2037

Trámite N° / Cf. Ident.
00697143104
7636



Amny Marcano Silva
Firma del Centro de Emisión

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido

CATHERINA HERNANDEZ

Domicilio del Titular

REYES 1430

Ciudad

CHALDEA

Provincia

Buenos Aires

Tipo y N° de Documento

DNI 49125182

Teléfono

11 5167 6534

Fecha de Nacimiento

13/12/2003

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: comp BCG: comp SARAMPION: comp TRIPLE: comp COVID: 1 Dosis

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido:

Marcelo Doria Mendoza

Teléfono:

11 3099 9321

Cobertura Médica:

Teléfono:

N° Afiliado:

Firma

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Ciudadela 27-11


Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a CATHERINA MORENO a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s/es MARIANA HAZZUCO Y LAURINO RODRIGO que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Secundaria N°26

Fecha de ingreso: 03-12


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

Aclaración: Saucedo Carlier

Domicilio: Azuara 4130

Localidad: Ciudadela

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 32057414

Teléfono: 112083932

Fecha de nacimiento el/la menor: 15-12-2008

Tipo y N° documento el /la menor: DNI 49122418

ANEXO 33

PLANTILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN
SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menor de 18 años de edad)

3- PLANTILLA INFORMATIVA PARA PADRES, MADRES, TUTORES O RESPONSABLES
(completa la Escuela):

Nombre del Proyecto de la Salida: "Jóvenes y Memoria"

Lugar, día y hora de salida: Playon Municipal de Tres de Febrero, 3-12-2025
7.30hs

Lugar, día y hora de regreso: Playon Municipal de Tres de Febrero, 5-12-2025
11 hs

Lugares de salida (destinos y teléfonos): Complejo Recreativo Municipal de
Punta Lara, Av Alte Brown 5099, Ensenada

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Mariana Matzucco 11-5420-3320

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfono): Se trasladarán en
micróvans provistos por la CPM

Otros datos de la infraestructura disponible: ---

Centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Hospital Municipal Punta Lara,
Ensenada, 02216441377

Otros datos de interés: Actividades Acuáticas y
Salidas por la Playa

4. AUTORIZACIÓN (completa la madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a CAROLINA MORENO
DNI 41.224.13 que concurre al Establecimiento Educativo BES N° 24
del distrito de TRES DE FEBRERO a participar de la Salida Educativa/ Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de Punta Lara del 3 al 5 de diciembre
del presente ciclo lectivo 2025.

IT-2024-33078475-GOBERNACIÓN DE BUENOS AIRES

1. SALIDA (completa el padre/madre/tutor o responsable):

Dejo aquí constancia de cualquier indicación o restricción que deba conocer el personal docente
a cargo y personal no docente:

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

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicha salida,
como así también de las responsabilidades de los padres/madres o tutores, medidas de seguridad
y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Autorizo las/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación
de las actividades en cualquier momento, que resulten necesarios a su solo criterio, en todo
momento, sobre lo cual no deberá informar y fundamentar al regreso.

Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales
médicos y a que se adopten las precauciones que a los mismos, sobre lo cual requiera
inmediata acción.

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

Declaro haber leído y aceptado los términos de esta autorización. (Completar por todos)

11-5420-3320 Moreno

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

SANCERO CARLOS - MORENO MARIANA

DNI 32052914 - 1044795
MAMA MAMA

Fecha 28/11/2025

**AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES**Lugar MORON Fecha 11/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

Carmen SaucedoDocumento Tipo DNI Número 32037914

SI ☒ NO ☐ (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio - visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/ la ESTUDIANTE Catherina Moreno Documento Tipo DNI Número 49122918

FIRMA

Saucedo Carmen

ACLARACIÓN

Por la presente cumpla con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre.-La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarcido daños y perjuicios.-Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.





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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname
MORENO

Nombre / Name
CATHERINA SOLANGE

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality
F ARGENTINA

Ejemplar
A

Fecha de nacimiento / Date of birth
15 DIC / DEC 2008

Fecha de emisión / Date of issue
08 MAR / MAR 2024

Fecha de vencimiento / Date of expiry
08 MAR / MAR 2039

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

REINTEGRAR DENTRO DE 10 DÍAS

Documento / Document

49.122.918

Trámite N° / Of. ident.
00717358524
7636



DOMICILIO: ASUNCION 4130 - CIUDADELA - TRES DE
FEBRERO - BUENOS AIRES
LUGAR DE NACIMIENTO: CIUDAD DE BUENOS AIRES



CUIL: 27-49122918-2



Dr. Guillermo A. Francos
Ministro del Interior



HUELLA
DACTILAR

IDARG49122918<6<<<<<<<<<<<<<
0812157F3903087ARG<<<<<<<<<<<6
MORENO<<CATHERINA<SOLANGE<<<<

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido

D U L C E M O R E N A H O R R O N E

Domicilio del Titular

B R A N D S E N 4 6 1 3

Ciudad

C I U D A D E L A

Provincia

B 3 A S

Tipo y N° de Documento

6 9 3 3 8 0 6 1

Teléfono

1 1 5 8 8 2 6 4 4 3

Fecha de Nacimiento

1 3 0 3 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 ☒

Cual:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 3 2^a BCG: 1 SARAMPION: 1 1^a TRIPLE: 2 COVID: 3

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido

B A I Z M A R I A C E L E S T E

Teléfono:

1 1 5 8 8 2 6 4 4 3

Cobertura Médica:

NO

Teléfono:

N° Afiliado:

Firma

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: 26/11/25

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a Nicole Rocio Torres a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s/es Alfredo Torres, Víctor H. Pérez que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

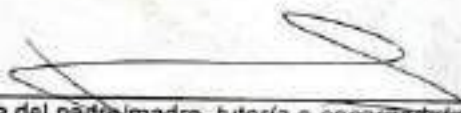
Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

3

Fecha de ingreso:

3/11/25.


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

Aclaración: BAIZ MARIA CELESTE

Domicilio: BRANDSEN 4813

Localidad: Ciudadela

Provincia: Bs. AS

Tipo y N° doc: 3125608

Teléfono: 115873415

Fecha de nacimiento el/la menor: 13/03/69

Tipo y N° documento el /la menor: 49378061

ANEXO 33

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN
SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL

(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

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

Nombre del Proyecto de la Salida: "Jóvenes y Memoria"

Lugar, día y hora de salida: Playon Municipal de Tres de Febrero, 3-12-2025
7:30hs

Lugar, día y hora de regreso: Playon Municipal de Tres de Febrero, 5-12-2025
11 hs

Lugares de estadía (domicilio y teléfonos): Complejo Recreativo Municipal de
Punta Lara, Av Alte Brown 5099, Ensenada

Nombres y teléfonos de los acompañantes: Mariana Mazzucco 11-5420-3320

Empresas y/o empresas contratadas (nombres, dirección, teléfonos): Se trasladarán en
micros provistos por la CPM.

Otros datos de la infraestructura disponible: —

Centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Hospital Municipal Punta Lara,
Ensenada, 02236441377

Otros datos de interés: —

Acti: doces casitas - tour por la plaza

2- AUTORIZACIÓN (completa la madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autorizo a mi hijo/a Martone Dolce Morena
DNI 49 378061 que concurre al Establecimiento Educativo EES N.º 26
del distrito de TRES DE FEBRERO a participar de la Salida Educativa/ Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de Punta Lara del 3 al 5 de Diciembre
del presente ciclo lectivo 2025

11-2024-3003478-00004-000-PROG-VE

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

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

Tiene Onda Social Presaga	Si	No	Nombre de la Onda Social / Presaga	
		<input checked="" type="checkbox"/>	Nº Seguro	

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

Autorizo a los/las responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación
de las actividades en cualquier momento, que resulten necesarios, a su sola criterio y sin aviso
previo, sobre lo cual me comprometo a no reclamar al regreso.

Asumo, en caso de necesidad y urgencia, y hacer, asimismo al cruzarme por profesionales
médicos y a que se atengan las prescripciones que a ello indiquen, sobre la cual requiero
inmediato aviso.

Las excusas a cargo del cursante y vigilancia activa de los/las estudiantes con menos de 18
años de edad no serán responsables de los daños o otros elementos de valor que los mismos
puedan llevar.

Trámite de inscripción de datos de seguridad (Comprobar valores)

115843415 (Abuelo)
1164205780 (Mamá)
1126038050 (Papá)
114155025 (Abuelo hermano)

Firma y relación del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

[Firma] Berta María Celis
DNI: 31205608

Fecha: 26/11/2025



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar Ciudadela Fecha 27/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

Baiz Maria CelesteDocumento Tipo DNI Número 31205608

SI ☒ NO ☐ (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio-visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/ la ESTUDIANTE Dulce Morena Morone Documento Tipo DNI Número 4372061
FIRMA
Aclaración

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el avro que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos, b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario, c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723 El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.





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



Apellido / Surname
MORRONE

Nombre / Name
DULCE MORENA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

Fecha de nacimiento / Date of birth
13 MAR / MAR 2009

Fecha de emisión / Date of issue
06 OCT / OCT 2025

Fecha de vencimiento / Date of expiry
06 OCT / OCT 2040


Firma del Identificado / Signature

Documento / Document

49.378.061

Trámite N° / Of. ident.

00741242138

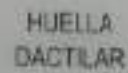
7636



LUGAR DE NACIMIENTO CIUDAD DE BUENOS AIRES



Dr. Lisandro Catalán
Ministro del Interior



IDARG49378061<6<<<<<<<<<<<<<<<
0903134F4010065ARG<<<<<<<<<<<<0
MORRONE<<DULCE<MORENA<<<<<<<<<

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido IVANLIN MUÑOZ
Domicilio del Titular BLVD. NEGRO 11820
Ciudad PALOMAR Provincia BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento 48308349 Teléfono 41129096784
Fecha de Nacimiento 190210

2. INFORMANTE

Titular ☐ Padre/Madre: ☒ Otros(especificar):

3. ANTECEDENTES

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

4. TRATAMIENTOS

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN SI BCG SI SARAMPION: SI TRIPLE: SI COVID:

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido SARITA MUÑOZ Teléfono: 116846-0458
Cobertura Médica Teléfono:
N° Afiliado:

Amig Sando
Firma

**DECLARACION
JURADA
Autorización viaje
menores**

Lugar y Fecha: Ciudadela 27-11-2025

Señor/a

Por la presente autorizo a mi hijo/a Muñoz Juan a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s/es MARLENE MUÑOZ, que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución:

Fecha de ingreso:

Secundaria 26

03-12-2025

Muñoz Sonia

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

Aclaración:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

Tipo y N° doc:

Teléfono:

MUÑOZ, SONIA

BIO NEGRO 1880

PALOMAR.

Buenos Aires

DNI 21597989

116846 0458.

Fecha de nacimiento el/la menor:

Tipo y N° documento el /la menor:

15-2-2009.

49308319.

ANEXO 11

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN
SALIDA EDUCATIVA SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
(Estudiantes con menos de 18 años de edad)

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

Nombre del Proyecto de la Salida: "Jóvenes y Memoria"

Lugar, día y hora de salida: Playon Municipal de Tres de Febrero, 3-11-2025
7:30hs

Lugar, día y hora de regreso: Playon Municipal de Tres de Febrero, 5-11-2025
11hs

Lugares de estadía (domicilio y teléfono): Complejo Recreativo Municipal de
Punta Lara, Av Alle Brown 5099, Ensenada

Nombre y teléfono de los acompañantes: Mariana Mazzucco 11-5420-3320

Empresa y/o empresas contratadas (nombre, dirección, teléfono): Se trasladarán en
micros provistos por la CPM.

Otros datos de la infraestructura disponible: —

Centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Hospital Municipal Punta Lara,
Ensenada, 02236441377

Otros datos de interés: —

2- AUTORIZACIÓN (completa la madre/padre, tutor o responsable):

Por la presente autoriza a su hijo/a Maria Soledad
DNI 49303368 concurrir al Establecimiento Educativo EES N° 16
del distrito de TRES DE FEBRERO a participar de la Salida Educativa Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de Punta Lara del 3 de Octubre
del presente ciclo lectivo 2025

8F-2024-3880478-CONDA-COCYEDUC-CE

3- SALIDA (completa el padre/madre/tutor o responsable):

Declaro a constancia de cualquier indicación necesaria que deba conocer el personal docente
a cargo y personal médico:

	SI	NO	Nombre de la Obra Social / Prepagada	
Tiene Obra Social Prepagada		<input checked="" type="checkbox"/>	N° Seguro	

Dejo constancia de que he sido informado de las características particulares de dicho viaje,
entendiéndolo también de los responsables de las actividades a desarrollar, excepto de transporte
y estadía y lugares donde se realizarán dichas actividades.

Afirmo a los fines requeridos de la salida a disponer cuidados con relación a la clasificación
de las actividades en actividades no supervisadas, no supervisadas, o supervisadas y que antes
previo, sobre la cual me deberán informar y fundamentar al regreso.

Afirmo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante que profesionalmente
evalúe y a que se adopten las precauciones que a los mismos, sobre lo cual requiero
firmar la misma.

Los docentes a cargo del cuidado y vigilancia activa de los los estudiantes con menos de 18
años de edad serán responsables de los sujetos u otros dispositivos de salud que los mismos
puedan llevar.

Teléfono de contacto en caso de emergencia (Completar número):

116246 0458.

Firma y actuación del Padre, Madre, Tutor o Responsable:

Maria Soledad

DNI 21587989.

Fecha: 3-11-2025

8F-2024-3880478-CONDA-COCYEDUC-CE



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar Ciudadela MORON Fecha 27-11-2025
11/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

Muñoz Sofia

Documento Tipo DNI Número 24597888

SI ☒ NO ☐ (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio-visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/ la ESTUDIANTE Jazmin Muñoz Documento Tipo DNI Número 49308319

Muñoz Sofia
FIRMA

Muñoz Sofia
Aclaración

Por la presente cumpla con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723 El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.





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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname
MUÑOZ

Nombre / Name
JAZMIN LUCIA

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

Fecha de nacimiento / Date of birth
15 FEB/ FEB 2009

Fecha de emisión / Date of issue
15 AGO/ AUG 2023

Fecha de vencimiento / Date of expiry
15 AGO/ AUG 2038

FIRMA DEL IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Documento / Document

49.308.319

Trámite N° / Of. Ident.

00709338562

7784



LUGAR DE NACIMIENTO: PROV. DE BUENOS AIRES



CUIL: 27-49308319-3



HUELLA
DACTILAR

IDARG49308319<9<<<<<<<<<<<<<<
0902159F3808159ARG<<<<<<<<<<<<8
MUNXXOZ<<JAZMIN<LUCIA<<<<<<<<<

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

neurone y Apéndice

Corrosione del Teflon

Charged

Tubo y 14^o de Documento

Prüfung

Telefono

Fecha de nacimiento

2. INFORMANTE

Treasurer

Padre Madre

Otro(s) (especificar):

3. ANTECEDENTES

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

Si ☐ NO ☒ Cue?

3.2. Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez?

Gautam

3.3. Tiene algún tipo de alergia.

SI () ☐ NO ☒

(*) *Silviculture*

Recibe Tratamiento permanente? SI ☐ NO ☐

• **FRANKLIN D. ROOSEVELT**

4.1. Approximate state-estimating method?

SI ☐ NO ☒

Introduction

4.2 Ha sido intervenido quirúrgicamente? Si ☐ NO ☒ Especificar:

4.3. Presenta alguna limitación fiscal? SI ☐ NO ☒ CUAL

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: 4 BCG: 1 GARAMPION: 2 TRIPLE: 2 COVID: 2

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

Nombre y Apellido WILLIAM JORDAN SPRANVA

Teléfono 445152123-4123073580

Cobertura Médica

Teléfono

N° Affido

FUTURE

**DECLARACION
JURADA**
Autorización viaje
menores

Lugar y Fecha: Ciudadela 27/11

Señoría

Por la presente autorizo a mi hijo/a Graciela Sinagrahna a participar del Encuentro de Cierre del Programa Jóvenes y Memoria de la CPM en el Complejo Recreativo Municipal de Punta Lara, distrito de Ensenada, permaneciendo desde su partida hasta su regreso, bajo la custodia de los acompañantes de la delegación, Sr/s/es Mariano Mazzucco, Valentin Pedrosa que asumirán la total responsabilidad sobre el cuidado de los niños.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente,

Institución: Secundaria N-26

Fecha de ingreso: _____

3/12/95

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

Aclaración: Avli + Matombite

Domicilio: Manuel Fluguey 4982

Localidad: Maron

Provincia: Buenos Aires

Tipo y N° doc: DNI 44765092

Teléfono: 451521271

Fecha de nacimiento el/la menor: 19/05/2009

Tipo y N° documento el /la menor: 49371196,

ANEXO VI

PLANILLA INFORMATIVA Y AUTORIZACIÓN
SALIDA EDUCATIVA/SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL
(Estudiantes menores de 18 años de edad)

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

Nombre del Proyecto de la Salida: "Jóvenes y Memoria"

Lugar, día y hora de salida: Playon Municipal de Tres de Febrero, 3-12-2025
7.30hs

Lugar, día y hora de regreso: Playon Municipal de Tres de Febrero, 5-12-2025
11 hs

Lugares de estadía (Asociación y teléfono): Complejo Recreativo Municipal de
Punta Lara, Av Alte Brown 5090, Ensenada

Nombre y teléfono de los acompañantes: Mariana Mazzucco 11-5420-3320

Empresa y/o empresas contratada (nombre, dirección, teléfono): Se trasladarán en
micros provistos por la CPM.

Otros datos de la infraestructura dispuesta: _____

Centros asistenciales cercanos (direcciones y teléfonos): Hospital Municipal Punta Lara,
Ensenada, 02216441377

Otros datos de interés: Actividades Recreativas
Tour por la Plata

2- AUTORIZACIÓN (completa la madre/padre, tutor o responsable)

Por la presente autorizo a mi hijo/a SHARONDEL SINARAMA
DNI: 49391196 que concurre al establecimiento educativo EES N° 26
del distrito de TRES DE FEBRERO a participar de la Salida Educativa/ Salida de
Representación Institucional a realizarse en la localidad de Punta Lara del 3 al 5 de Diciembre
del presente ciclo lectivo 2025.

IF-2024-3185418-GCBA-CGCTEDUCVE

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

Dejo aquí constancia de cualquier indicación médica que debe conocer el personal docente
a cargo y personal médico.

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

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

Autorizo a los/los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación
de las actividades en cualquier momento, que resulten necesarios, a su sola criterio y sin aviso
previo, sobre la cual no debo ser informado y fundamentalmente al regreso.
Autorizo, en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender al estudiante por profesionales
médicos y a que se adopten las precauciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero
medios de viaje.

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

Teléfonos de contacto en caso de urgencia (Cargar varios)

1151527271
1123073580

Firma y sello del Padre, Madre, Tutor o Responsable

[Firma]
44785092

Fecha: 1 / 12 / 2025

IF-2024-3185418-GCBA-CGCTEDUCVE



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE ESTUDIANTES

Lugar: Ciudadela Fecha: 27/11

A quien corresponda:

Por medio de la presente, quien suscribe

Ayrit MarzombiteDocumento Tipo DNI Número 44335092

Si ☒ NO ☐ (marcar lo que corresponda) AUTORIZO como PADRE MADRE TUTOR REPRESENTANTE a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audio-visual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, de

el/ la ESTUDIANTE [Firma] Documento Tipo DNI Número 49321196

[Firma]
FIRMA

Ayrit Marzombite
ACLARACIÓN

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando esta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.





REPÚBLICA ARGENTINA MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS



REPUBLICA ARGENTINA

Apellido / Surname
SINARAHUA MOZOMBITE

Nombre / Name
SHAYNDEL

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA A

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

Fecha de emisión / Date of issue
23 MAY / MAY 2024

Fecha de vencimiento / Date of expiry
23 MAY / MAY 2039

FIRMA DEL IDENTIFICADO / SIGNATURE

Documento / Document

49.371.196

Trámite N° / Of. Ident
**00720909844
7636**





Dr. Guillermo A. Franco
Jefe de Gabinete de Ministros



HUELLA
DACTILAR

IDARG49371196<2<<<<<<<<<<<<<<<<
0905194F3905232ARG<<<<<<<<<<<<2
SINARAHUA<MOZOMBITE<<SHAYNDEL<

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

1. DATOS

Nombre y Apellido: RODRIGO AGOSTIN VALINOTTI
Domicilio del Titular: AV. SAN MARTIN 4487
Ciudad: CAJESLOS Provincia: BUENOS AIRES
Tipo y N° de Documento: ^{DNI} 26666789 Teléfono: 1167309702
Fecha de Nacimiento: 22/08/78

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:

LCA ^{RODINA} DERECHA

4.3. Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☒

Cuál:

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

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

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: MARIA ISABEL MARTINEZ

Teléfono: 11 4181 0615

Cobertura Médica: IOMA

Teléfono:

N° Afiliado: 126666789200

Firma



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE DOCENTES

Lugar CIUDADELA Fecha 28/11/25

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

RODRIGO ABUSTIN VALINOTTIDocumento Tipo DNI Número 26666789

Si ☒ NO ☐ (marcar lo que corresponda) AUTORIZO a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.

FIRMA

ACLABACIÓN

Por la presente cumplo con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Fallando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarciendo daños y perjuicios. Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.



VALINOTTI RODRIGO AGUSTIN

IOMA

LA OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA
DE BUENOS AIRES



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
BUENOS
AIRES

VALINOTTI RODRIGO AGUSTIN

DNI: 26666789

GÉNERO: M

AFL:126666789300

CUIL: 20266667893

TIPO: OBLIGATORIO

TOKEN

CESE: 28/02/2026

294884

ESTADO: ACTIVO

DECLARACION JURADA
Ficha Médica

Ministerio de Turismo y Deportes
Dirección Nacional de Turismo Social

1. DATOS

Nombre y Apellido: MARIANA PATRICIA MAZZUCCO
Domicilio del Titular: PRESIDENTE ILUJA 265
Ciudad: V. SARMIENTO Provincia: BS AS
Tipo y N° de Documento: DNI 20025765 Teléfono: 1166433752
Fecha de Nacimiento: 300568

2. INFORMANTE

Titular: ☒ Padre/Madre: ☐ Otros(especificar): _____

3. ANTECEDENTES

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

SI ☒ NO ☐ Cual? PRESIÓN ARTERIAL

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

Causa: POLIPO VAGINAL y CIRUGIA BARIÁTRICA

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: CARVEDILOL 25MG (1/2 x 2x)

4.2. Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI ☒ NO ☐ Especificar: POLIPO y BARIÁTRICA

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

5. VACUNAS (Indicar Cantidad de Dosis)

SABIN: TODAS BCG: TODAS SARAMPION: TODAS TRIPLE: TODAS COVID: 6 DOSIS

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON:

Nombre y Apellido: SERGIO YONNETTI Teléfono: 1154614514

Cobertura Médica: UNION PERSONAL Teléfono: _____

N° Afiliado: 0020316 018


Firma

**AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGEN DE DOCENTES**Lugar VILLA SARMIENTO Fecha 11/11/2025

A quien corresponda,

Por medio de la presente, quien suscribe

MAZZUCCO, MARIANA PATRICIADocumento Tipo DNI Número 20025765

SI ☒ NO ☐ (marcar lo que corresponda) AUTORIZO a la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y/o a quien ellos indiquen, de forma gratuita y sin límite de tiempo, a la utilización, exhibición y/o reproducción por cualquier medio físico o digital, gráfico y/o audiovisual, actualmente conocido o que se invente en el futuro, y con fines estrictamente educativos, de las imágenes, videos y sonidos registrados en las diferentes actividades educativas que se realizan bajo supervisión de autoridades escolares dependientes de la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires.

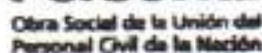

.....
FIRMAMAZZUCCO, MARIANA PATRICIA
.....
ACLARACIÓN

Por la presente cumpla con lo preceptuado por el art. 53 del Código Civil y Comercial de la Nación y art. 31 de la Ley 11.723, significando ésta el aviso que prevé la normativa vigente.

Artículo 53 C.C.C.N. Derecho a la imagen. Para captar o reproducir la imagen o la voz de una persona, de cualquier modo que se haga, es necesario su consentimiento, excepto en los siguientes casos: a) que la persona participe en actos públicos; b) que exista un interés científico, cultural o educacional prioritario, y se tomen las precauciones suficientes para evitar un daño innecesario; c) que se trate del ejercicio regular del derecho de informar sobre acontecimientos de interés general. En caso de personas fallecidas pueden prestar el consentimiento sus herederos o el designado por el causante en una disposición de última voluntad. Si hay desacuerdo entre herederos de un mismo grado, resuelve el juez. Pasados veinte años desde la muerte, la reproducción no ofensiva es libre.

Art. 31 Ley de Propiedad Intelectual 11.723. El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos, o en su defecto, del padre o de la madre. Faltando el cónyuge, los hijos, el padre o la madre, o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre.-La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo resarcando daños y perjuicios.-Es libre la publicación del retrato cuando se relacione con fines científicos, didácticos y en general culturales, o con hechos o acontecimientos de interés público o que se hubieran desarrollado en público.





22 PLAN 0000

© 2004 American Psychological Association or one of its allied publishers. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly.

URGENCIAS Y EMERGENCIAS: 8-818 -444-1122



Subsecretaría de Servicios de Salud - Regional de Cusco 2008-110-1-0-0123390. www.minsa.gob.pe



DOMINGO PRESIDENTE ALH 285 VELA SARMENTO
MAYOR BUENOS AIRES
JOSE E. MACOMBA BUENOS AIRES

Doc. 27-79437-6

[illegible]

**BUENOS AIRES
VACUNATE**

VACUNACION
CONTRA EL COVID-19

Nombre y Apellido: MAZZUCCO, MATILDA TERESA

Fecha de Nacimiento: 30-05-1968

DNI: 20.025.765

Número del ciudadano: M3 000 988 FB

Es importante que la primera y segunda dosis de la vacuna sean del mismo laboratorio. No olvides presentar tu carnet, papel o tarjeta cuando te acerques para recibir la segunda dosis.

Vacuna	Dosis (marcar con x)	Fecha	Lote	Firma Vacunador	Observaciones
SIMPHEN	1 ^a X	2/3/21	2201 0036	F. D. A. L. S. Flores A. L. S.	
	2 ^a X	13-5-21	2021 0303 Y3	R. L. S. E. L. S. L. S.	Debe aplicarse la segunda dosis el día 5/9/21

Ante cualquier duda comunicarse con el 148