



Honorable Concejo Deliberante
de la Ciudad de Posadas

ORDENANZA XII - Nº 17
(Antes Ordenanza 832/02)

ANEXO III

FORMULARIO DE DISCAPACIDAD

Fecha:/...../.....

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:.....

DNI I.C L.E CINúmero de documento.....

CERTIFICACIONES

Posee Certificado de Discapacidad: SI NO.....

Certificado emitido por:

Describe el tipo de discapacidad:

.....

..... Grado de discapacidad%

Recibe algún tipo de terapia o tratamiento: SI NO Describe:

.....

Toma medicamentos: SI NO en forma Transitoria - Permanente

Indique cuales medicamentos toma:.....

.....

Tiene cobertura médica a través de alguna obra social SI NO Cual?.....

Recibe algún tipo de asignación proveniente del Estado (Subsidio, Pensión, Jubilación u otros) SI NO

COMPETENCIAS ADQUIRIDAS:

Lee y escribe: SI NO

Conoce Numeración SI NO

Manejo de PC SI NO

Idiomas SI NO

Otros.....

.....

.....

.....