

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

N°:

APELLIDO Y NOMBRES:

TIPO Y NRO DOC:

N° CUIT/CUIL:

F/NACIMIENTO:

DIAGNÓSTICO:

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL:

FUNCIONES CORPORALES:

ESTRUCTURAS CORPORALES:

ACTIVIDAD / PARTICIPACIÓN:

FACTORES AMBIENTALES:

ORIENTACIÓN PRESTACIONAL:

VENCIMIENTO:

ACOMPAÑANTE:

"En los casos que se indique SI, el titular del CUD podrá optar entre viajar solo o acompañado"

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN:

Lugar:

Fecha de emisión:

EMITIDO POR LA JUNTA EVALUADORA DE LA DISCAPACIDAD DE:

PROFESIONAL

PROFESIONAL

PROFESIONAL

Firma y sello

Firma y sello

Firma y sello

El presente certificado no comprende la evaluación de la capacidad laborativa

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

NRO.CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

APELLIDO

NOMBRES

TIPO/NRO DOCUMENTO

FECHA DE NACIMIENTO

EMITIDO POR

FECHA DE EMISION

FECHA VTO

ACOMPAÑANTE

PROFESIONAL

PROFESIONAL

PROFESIONAL

Para constatar la veracidad de este certificado consulte la página WEB: www.argentina.gob.ar/andis/consultas-publicas





República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2018 - Año del Centenario de la Reforma Universitaria

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: ANEXO I - Modelo de Certificado Único de Discapacidad.-

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.