

San Pedro, 22 de Mayo de 2025

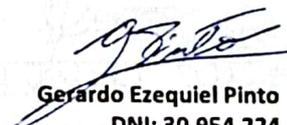
DIRECTORA ESCUELA ESPECIAL N°6 "NIÑO ALCALDE

LIC. MARCELA ALEJANDRA BRACCO SANCHEZ

PRESENTE

Por la presente, tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el fin de solicitar la correspondiente licencia por paternidad desde el día de la fecha. Establecida por el Art.7.6. del estatuto bajo la Ley 9.655 Art. 6.

Sin otro particular, saluda a Ud. Atentamente.


Gerardo Ezequiel Pinto
DNI: 30.954.224
Prof. En Informática

MINISTERIO DEL INTERIOR

CERTIFICADO MEDICO DEL NACIMIENTO

MEDIANTE EL PRESENTE, SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HA ASISTIDO EL PARTO DE:

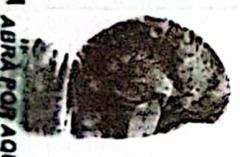
DATOS DE LA MADRE	APELLIDO/S	VELAZQUEZ ENRIQUEZ			
	NOMBRE/S	JOHANA			
	NACIONALIDAD	ARGENTINA			
	PRESENTA DOCUMENTO	(SI) <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	18888278
	DOMICILIO	AVILLAGO (LA)			

SIENDO EL PARTO: SIMPLE DOBLE MULTIPLE DEL QUE NACIERON VIVOS LA CANTIDAD DE 1

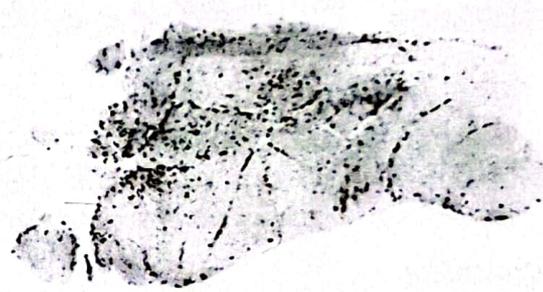
DATOS DEL RECIEN NACIDO	SEXO	FEMENINO		
	PESO AL NACER	3350		
	EDAD GESTACIONAL	3	8	SEMANAS
	LUGAR DEL NACIMIENTO	MATERNIDAD PRIVADA		
	NOMBRE SOLICITADO PARA INSCRIBIR	ISABELLA VICTORIA		

EL PARTO HA SIDO ASISTIDO EN:		(marcar cual corresponda)	ESTABLECIMIENTO SANITARIO	DOMICILIO
ESTABLECIMIENTO SANITARIO	NOMBRE:	MATERNIDAD PRIVADA		
	DOMICILIO:	9 DE JULIO 563		

IMPRESIONES PAPILOSCOPICAS:



ABRIR POR AQUÍ



ABRIR POR AQUÍ



ABRIR POR AQUÍ

INSTRUCCIONES DE USO:
LEVANTE LA SOLAPA CORRESPONDIENTE Y TRANSFIERA LA IMAGEN DACTILAR EN UN SOLO CONTACTO, LUEGO CIERRE LA SOLAPA.

[Signature]
FIRMA DE LA MADRE

DC
Dr. Diego Cor
Tocoginecología
M.P. 1280

OBSERVACIONES DE LA TOMA DE IMPRESIONES: DIEGO VELAZQUEZ ENRIQUEZ JOHANA

EXPIDE EL CERTIFICADO, EN LA CIUDAD DE: LA RIOJA A LOS 23 DIAS DEL MES DE MAYO DE 2025 PROVINCIA DE:

MEDICO O PARTERA	APELLIDO/S	COMIGLIANI		
	NOMBRE/S	DIEGO RICARDO		
	MATRICULA PROFESIONAL:	1280/1		

AGENTE SANITARIO	APELLIDO/S			
	NOMBRE/S			
	MATRICULA:			

FIRMA Y BELLO DEL MEDICO, PARTERA O AGENTE SANITARIO <i>[Signature]</i> Dr. Diego Comigliani Tocoginecología M.P. 1280	BELLO DEL ESTABLECIMIENTO	CERTIFICACION DE LA FIRMA DEL AGENTE SANITARIO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE DE SALUD
--	---------------------------	---

NOTIFICACION DEL HECHO DEL NACIMIENTO POR EL HOSPITAL O SANATORIO	
APELLIDO Y NOMBRE	FIRMA DEL NOTIFICADOR
TIPO Y N° DE DOCUMENTO	
INSTITUCION	

PARA COMPLETAR EN LOS REGISTROS CIVILES

DATOS PARA LABRAR EL ACTA DE NACIMIENTO CONSIGNADOS POR EL DENUNCIANTE, ARTE OFICIAL PUBLICO

DATOS DEL NACIDO:

APELLIDO/S

NOMBRE/S

DATOS DE LA MADRE:

APELLIDO/S

NOMBRE/S

DOMICILIO

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

EDAD

NACIONALIDAD

DATOS DEL PADRE / MADRE:

APELLIDO/S

NOMBRE/S

DOMICILIO

TIPO Y N° DE INSCUMENTO

EDAD

NACIONALIDAD

DATOS DEL DENUNCIANTE:

APELLIDO/S

NOMBRE/S

DOMICILIO

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

EDAD:

NACIONALIDAD

OBLEA PARA EL HOSPITAL
APLICAR EN LIBRO DE PARTOS



INSCRIPCIÓN PÚBLICA
DE REGISTRO
DE LA MADRE
PARA EL REGISTRO
CIVIL

**LUGAR RESERVADO PARA
EL REGISTRO CIVIL**

ADHIERA AQUÍ LA OBLEA RNP (MATRICULA ASIGNADA)

CERTIFICADO N°

OBLEA PARA EL REGISTRO CIVIL
APLICAR EN LIBRO DE NACIMIENTOS



02750120

TESTIGOS: (A FALTA DEL DOCUMENTO DE LA MADRE, PADRE O CONYUGE)

APELLIDO/S

NOMBRE/S

DOMICILIO

TIPO Y N° DE DOCUMENTO:

APELLIDO/S

NOMBRE/S

DOMICILIO

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

DATOS DE LA FILIACIÓN MATRIMONIAL: (SI CORRESPONDIERE)

FILIACIÓN MATRIMONIAL ACREDITADA CON: (MARCAR CUAL CORRESPONDA)

PARTIDA

LIBRETA

ACTA

TOMO

FOLIO

AÑO:

OF. SECCIONAL:

DATOS DE LA INSCRIPCIÓN DE NACIMIENTO:

FECHA DE INSCRIPCIÓN

/ /

OF. SECCIONAL:

ACTA

TOMO:

FOLIO

N° DE DNI ASIGNADO

FIRMA DEL DENUNCIANTE

FIRMA Y SELLO OFICIAL PUBLICO