



Cursos y/o capacitaciones realizadas (no incluye EGB, ni taller protegido, ni formación laboral): Nombre del curso

Institución Horas Certificado Si No Año

Practica Si No Antes de la discapacidad Si No

Cursos y/o capacitaciones realizadas (no incluye EGB, ni taller protegido, ni formación laboral): Nombre del curso

Institución Horas Certificado Si No Año

Practica Si No Antes de la discapacidad Si No

DISCAPACIDAD

Certificado de discapacidad: Fecha de expedido N° de certificado Plazo validez

Expendido por autoridad Nacional Provincial Diagnostico

Tipo Visual Auditiva Motor Visceral Mental Multidiscapacidad Origen Congenito Adquirido Si es adquirido, a que edad

Causa: Enfermedad crónica Enfermedad adquirida por accidente de Hogar Trabajo Vía publica Otros Grado Leve Moderado Severo

Alcance Parcial transitoria Parcial permanente Total transitoria Total permanente

Utiliza algún tipo de ayuda técnica Silla de rueda Manual Silla de rueda Eléctrica Bastón Muletas *Otros *otros: cual

Utiliza órtesis* Si No Utiliza prótesis** Si No

*ORTESIS: Elemento o dispositivo que ayuda a cumplir una función. Algunos ejemplos: Férulas, Aparatos de descarga, Corssets, Collares, Cabestrillos, Adaptaciones para la vida diaria, Sillas de rueda y otros elementos.

**PROTESIS: Sustituto fabricado de alguna parte enferma o faltante del cuerpo. Ej.: Pierna ortopédica

Necesita ayuda para vestirse/higienizarse Si No Necesita ayuda para alimentarse Si No Usa adaptaciones para vestirse, alimentarse, higienizarse Si No

Traslado: Utiliza medio de transporte público Micro Taxi Otros Viaja solo Si No Con quien Familiar Asistente Tiene vehículo propio Si No

El vehículo esta adaptado Si No Lo maneja Ud. Si No Tiene licencia de conducir Si No

¿Presenta alguna dificultad que le impida realizar alguna tarea? Cual

En caso de haber adquirido la discapacidad mientras era trabajador cual fue su ultimo puesto de trabajo

SITUACIÓN LABORAL

Trabajó alguna vez Si No Trabaja en taller protegido Si No Trabajó alguna vez en taller protegido Si No Cual

Consigne las 3 ocupaciones que considere mas importantes (incluye trabajos no calificados - formal e informal)

Lugar o Empresa Puesto que desempeñó

Duración de la relación laboral: Años Meses Antes de la discapacidad Si No

Relación laboral: Planta permanente Planta temporaria Contrato Práctica Rentada Beca Otros

Motivo del retiro Acuerdo de partes Bajo salario Cese de actividad personal Cierre de empresa Despido Falta de trabajo Fin de trabajo temporario Jubilación Accidente de trabajo Otras causas laborales Otras causas personales Reclamo judicial Renuncia Retiro voluntario Tareas no compatibles

1

