

02/08/2024

**FORMULARIO ANEXO I REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS**  
**SOLICITUD DE RECTIFICACIÓN DE DATOS ART.85 LEY N° 26.413**

**SOLICITANTE**

<b>Nombre y Apellido</b>	GROSS SILVANÁ MARIEL		
<b>DNI / C.I</b>	31457955	<b>Nacionalidad</b>	ARGENTINA
<b>Domicilio</b>	RIVADAVIA 610	<b>Tel.Cel</b>	--
<b>En carácter de:</b>	FUNCIONARIA/O DEL RPP		

**ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR**

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	126	1	126	2024	L. N. ALEM	ARCHIVO/DELEGACION
<b>Dato/s Incorrecto/s</b>	ELEGIR OPCION			DICE: "SE IGNORA". LA HORA DE FALLECIMIENTO.		
<b>Dato/s Correcto/s</b>	HORA DE FALLECIMIENTO 02:40					

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
---	---	---	---	---	---	---
<b>Dato/s Incorrecto/s</b>	ELEGIR OPCION			Haga clic aquí para escribir texto.		
<b>Dato/s Correcto/s</b>	Haga clic aquí para escribir texto.					

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
---	---	---	---	---	---	---
<b>Dato/s Incorrecto/s</b>	ELEGIR OPCION			Haga clic aquí para escribir texto.		
<b>Dato/s Correcto/s</b>	Haga clic aquí para escribir texto.					

**ADJUNTA COPIA DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA:**

<b>1</b>	CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION	<b>2</b>	ACTA DE DEFUNCION
<b>3</b>	REPORTE DEL ACTA.	<b>4</b>	Haga clic aquí para escribir texto.

**OBSERVACIONES:**

AL GUARDAR EL ACTA, LA HORA REGISTRADA APARECE COMO "SE IGNORA". DEBIENDO SER A LAS 02:40 HS.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

  
**GROSS SILVANÁ MARIEL**  
 Func. Autorizada  
**Firma de Solicitante**



Firma y Sello de Funcionario



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	126	2024

DEFUNCIÓN

En Leandro N. Alem - Centro Medico Integral  
República Argentina, a Once de Julio  
de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de TARNOSKI Miguel  
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
estado N/D  
profesión Jubilado. Doc. Ident DNI: 10268810  
Domicilio Ruta Nac. 14 - Km. 1246 - Dos De Mayo - Mnes.  
Hijo de: \_\_\_\_\_  
y de: \_\_\_\_\_  
Nacido en Prov. de Misiones el 20 de Octubre de 1952  
Ocurrida en: Centro Médico Integral - Leandro N. Alem - Mnes.  
El 11 de Julio de 2024, a las se ignora horas  
Causa de la Defunción: Paro Cardiorrespiratorio - Insuficiencia Aguda de Miocardio.  
Certificado Médico: MEDICO MONICA ESTER BOBADILLA  
Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
Declarante: Ricardo Harald WILCOMS Doc. Ident: 24725065  
Domicilio: Alte. Brown 156 - L.N.Alem  
Obra en Virtud de ser encargado de empresa fúnebre. Leída el acta, firma conmigo el declarante.



*Gross Silvana Mariel*  
**GROSS SILVANA MARIEL**  
Firma Autorizada  
Registro Provincial de las Personas

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO L. N. Alem REGISTRO CIVIL DE CMF NUMERO 34.04  
Fecha de Inscripción 11 de 07 de 2024  
TOMO I FOLIO 126 ACTA 126

CERTIFICO que Don/ña Jovanoski, Miguel Varón  Mujer   
D.N.I. / L.C. / C.I. 10.268.810 Domiciliado/a en calle Ruta Nacional N° 14 km 1246 N° SN

Localidad Dos de Mayo Provincia Misiones de 71 Años de edad, Nacido el 20 de octubre de 1952  
en Misiones Estado Civil (1) casado Nacionalidad Argentina Profesión u ocupación Jubilado

Ha fallecido de: Enfermedad  Muerte Violenta  El Día 11 de Julio de 2024 a las 02:40 horas en: Sonstano

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Si  No  Lo atendió el médico Si  No

o lesión que le produjo la muerte? No  que suscribe  No

Causa de la defunción a) Pare cardiorrespiratorio b) Infarto Agudo del  
Lugar donde ocurrió el hecho: Rivadonia N° 610 L. N. Aembucado

PROFESIONAL CERTIFICANTE  
Nombre y Apellido Bobadilla, Monica Ester Matricula Profesional N° MP: 4489

Domicilio Profesional: Calle Rivadonia N° 610 Dto. - Piso -

Localidad L. N. Alem Teléfonos 3754-420359

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:  
Lugar: L. N. Alem Centro Médico Integral S.H  
Rivadavia 610  
3315 - L. N. Alem - Mnes

Fecha: 11 de Julio de 2024  
Dra. Monica E. Bobadilla  
Médica Cirujana  
4282 / MP MO 4489  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

(1) Llenar este ítem solamente si presenta LIBRETA DE FAMILIA

# Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

## DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Fecha de inscripción		Día	Mes	Año				
2 Departamento o Partido		3 Delegación o Registro Civil			Número	4 TOMO	FOLIO	ACTA
L.N. Alem		C.M.F.			3404	I	126	126

## DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Sólo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificante)

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte?	Sí 1 <input checked="" type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	6 Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 <input checked="" type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN					
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.		a) <u>Poco condiciones respiratorias</u>		INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE	
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.		b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <u>Infarto agudo de miocardio</u>			
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.		c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)			
8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)		a) Indicar si fue por:		* Accidente 1 <input type="checkbox"/> * Suicidio 2 <input type="checkbox"/> * Homicidio 3 <input type="checkbox"/> * Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	
b) Cómo se produjo. Describir las circunstancias o situación en que aconteció, como por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópico, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc.		c) Lugar donde ocurrió el hecho:			
9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS		* Estuvo embarazada en los últimos doce meses?		Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	
La muerte estuvo relacionada con:		Embarazo 1 <input type="checkbox"/> Parto 2 <input type="checkbox"/> Puerperio 3 <input type="checkbox"/>		* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año	
				Centro Médico Integral S.H. Rivadavia 610 2215 - L. N. Alem - Mnes	

## DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s <u>Farnowski</u>		Nombre/s <u>Miguel</u>		D.N.I. N° <u>10.268.810</u>	
10 Fecha de la defunción		Día	Mes	Año	11 Fecha de nacimiento
11/07/2024					20 de octubre de 1952
12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)		Años <u>71</u>		13 Sexo	
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años		Meses		Masculino 1 <input checked="" type="checkbox"/>	
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días		Días		Femenino 2 <input type="checkbox"/>	
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos		Horas		Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>	
14 Ocurrió en...		1 <input type="checkbox"/> Establecimiento de salud público		Nombre del establecimiento:	
* Establecimiento privado, obra social, etc.		2 <input checked="" type="checkbox"/> Establecimiento de salud privado		<u>Centro Médico Integral</u>	
* Vivienda (domicilio) particular		3 <input type="checkbox"/> Pasado a Preg. 15			
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)		4 <input type="checkbox"/> Otro lugar			
15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.:		<u>Rivadavia N° 610</u>			
Localidad/Paraje <u>L. N. Alem</u>		Departamento o Partido <u>L. N. Alem</u>			
Provincia <u>Misiones</u>					
16 Vivia habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.:		<u>Ruta Nacional N° 14 - km 1246</u>			
Localidad/Paraje <u>Dos de Mayo</u>		Departamento o Partido <u>Bauquas</u>		País	
Provincia (o país para extranjeros) <u>Misiones</u>					
17 Pertencia o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)		* Obra Social 1 <input checked="" type="checkbox"/>		* Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/>	
		* Ambos 3 <input type="checkbox"/>		* Ninguno 4 <input type="checkbox"/>	

Continúa al dorso

DATOS DEL FALLECIDO

18. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

• Nunca asistió	01	<input type="checkbox"/>				
• S.E. No reformado	Incompleto	02	<input type="checkbox"/>	Completo	03	<input type="checkbox"/>
-- Primario		04	<input type="checkbox"/>		05	<input type="checkbox"/>
-- Secundario						
Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>		07	<input type="checkbox"/>	

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	12
-- Ciclo EGB 3ro.	13	14
-- Polimodal	15	16

19. Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia	1	<input type="checkbox"/>	
• <u>No trabajaba</u>	Buscaba trabajo	2	<input type="checkbox"/>
	No buscaba trabajo	3	<input type="checkbox"/>

20. Cuál era su ocupación habitual?

*Julnicado*

Centro Médico Integral S.H.  
Rivadavia 610  
2215 - L. N. Alem - Mnes

SÓLO PARA LOS FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS (Incluyendo a los menores de 1 año)

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

MADRE

21. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

• Nunca asistió	01	<input type="checkbox"/>				
• S. E. No reformado	Incompleto	02	<input type="checkbox"/>	Completo	03	<input type="checkbox"/>
-- Primario		04	<input type="checkbox"/>		05	<input type="checkbox"/>
-- Secundario						
Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>		07	<input type="checkbox"/>	

S. E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	12
-- Ciclo EGB 3ro.	13	14
-- Polimodal	15	16

22. Cuál es su edad? (años cumplidos)

• Años: \_\_\_\_\_

23. La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

Si 1  → Responder Preg. 24, 25 y 26 con los datos del padre exclusivamente

No 2  → Pasar a Preg 25 y 26 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

PADRE

24. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

• Nunca asistió	01	<input type="checkbox"/>				
• S. E. No reformado	Incompleto	02	<input type="checkbox"/>	Completo	03	<input type="checkbox"/>
-- Primario		04	<input type="checkbox"/>		05	<input type="checkbox"/>
-- Secundario						
Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>		07	<input type="checkbox"/>	

S. E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11	12
-- Ciclo EGB 3ro.	13	14
-- Polimodal	15	16

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

PADRE / MADRE

25. Cuál era su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia	1	<input type="checkbox"/>	
• No trabaja	Busca trabajo	2	<input type="checkbox"/>
	No busca trabajo	3	<input type="checkbox"/>

26. Cuál es su ocupación habitual?

Centro Médico Integral S.H.  
Rivadavia 610  
2215 - L. N. Alem - Mnes

COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (Sólo para fallecidos que no tienen un año cumplido)

DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MÉDICO

27. Cuál fue el peso del niño al nacer? • gramos _____	28. Cuál fue su peso al morir? • gramos _____
29. Nació de un embarazo... • Simple 1 <input type="checkbox"/> → ir a pregunta siguiente • Múltiple 2 <input type="checkbox"/> → el que produjo: _____ niños vivos, y _____ defunciones fetales	30. Cuántas semanas completas duró la gestación? • semanas completas _____
32. Contando hasta el de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? • embarazos _____	31. En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño? Día _____ Mes _____ Año _____
33. Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo? • y cuántas defunciones fetales? _____	

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico 1  Otro 2

Apellido y nombre: *Bobadilla Mónica* Matricula Profesional N°: *MP: 4489* Firma: *Mónica E. Bobadilla*

Domicilio: *Esta Rivadonia* No: *610* Médica Cirujana 142482 / MP MO 4489

Localidad: *L. N. Alem* Teléfono: *3754 4203* Sello

Fecha/Hora emisión: 11-07-2024 11:54:01

**DATOS DEL DIFUNTO**

**Apellido:** TARNOSKI **Nombres:** Miguel  
**Tipo y Nro Documento:** DNI 10268810 **Sexo:** MASCULINO  
**Fecha y lugar Nacimiento:** 20/10/1952 - Prov. de Misiones  
**Profesión:** Jubilado.  
**Domicilio:** Ruta Nac. 14 - Km. 1246 - Dos De Mayo - Mnes.  
**Estado Civil:** N/D

**DATOS DEFUNCIÓN**

**Fecha:** 11-07-2024 **Hora:** 02:40  
**Lugar:** Centro Médico Integral - Leandro N. Alem - Mnes.  
**Causa:** Paro Cardiorrespiratorio - Insuficiencia Aguda de Miocardio.

**DATOS DE CERTIFICACIÓN**

**Medico:**  
**Nro Matricula:** M04489  
**Apellido:** MONICA ESTER **Nombres:** BOBADILLA

**DATOS DE LOS PADRÉS: DATOS DEL DECLARANTE:**

**Parentesco:** DECLARANTE  
**Tipo y Nro Documento:** DNI 24725065 **Nacionalidad:** ARGENTINA  
**Apellido:** WILCOMS **Nombres:** Ricardo Harald



**GROSS SILVANA MARNEI**  
Firma Autorizada  
Registro Provincial de las Personas



Posadas,.....

A LA SEÑORA  
**DIRECTOR GENERAL**  
DEL REGISTRO PCIAL  
DE LAS PERSONAS  
S / D:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., a los efectos de elevar informe, vistos: los autos caratulados “EXpte 2585-A-24, GROSS SILVANA MARIEL S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE TARNOSKI MIGUEL”.-

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. GROSS Silvana Mariel en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 31.457.955 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de TARNOSKI Miguel D.N.I. N° 10.268.810, (Acta 126-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. Centro Médico Integral, Leandro N. Alem-Mnes) la hora de fallecimiento, donde se consignó: “ Se ignora”, debiendo ser: “**02:40**”.-

Que a los efectos de probar lo solicitado precedentemente se adjunta fotocopias certificadas de: 1) Acta de defunción a rectificar, 2) Certificado Médico de Defunción. -

Que del cotejo y análisis de la documental acompañada, este Departamento Jurídico y Legalizaciones del R.P.P. entiende, salvo mejor criterio, que corresponde hacer lugar a lo solicitado; dando el Visto Bueno y Legal, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85, ley N° 26413 y normativas concordantes.-

Es cuanto informo.-.

INFORME N° 397/24  
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

Dra. María BELANDINA BENÍTEZ  
ABOGADA LEGAL  
Bases Jurídicas y Legalizaciones  
Registro Provincial de las Personas



Posadas, 16 de Agosto de 2024.-

**DISPOSICION N° 1922/24**

Y VISTOS: CARATULADOS “EXPTE N° 2585-A-24, GROSS SILVANA MARIEL S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE TARNOSKI MIGUEL”.-

**CONSIDERANDO:**

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. GROSS Silvana Mariel en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 31.457.955 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de TARNOSKI Miguel D.N.I. N° 10.268.810, (Acta 126-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. Centro Médico Integral, Leandro N. Alem-Mnes) la hora de fallecimiento, donde se consignó: “ Se ignora”, debiendo ser: “**02:40**”.-

Que a los efectos de probar lo solicitado precedentemente se adjunta fotocopias certificadas de: 1) Acta de defunción a rectificar, 2) Certificado Médico de Defunción.-

Que se accede por informe N° 397/24 Reg. Departamento Jurídico y Legalizaciones a lo solicitado dando el Visto Bueno y Legal, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85 de la Ley N° 26.413 y normativas concordantes.-

**POR ELLO.**

**LA DIRECTORA GENERAL DEL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS DISPONE:**

**ARTICULO 1: RECTIFIQUESE**, en el Acta de Defunción de TARNOSKI Miguel, (Acta 126-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. Centro Médico Integral, Leandro N. Alem-Mnes) la hora de fallecimiento, siendo lo correcto: “**02:40**”.-

**ARTICULO 2: COMUNIQUESE**, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación del Centro Médico Integral de Leandro N. Alem-Mnes. a los efectos de cumplimiento.-

**ARTICULO 3: REGISTRESE**, Comuníquese, cumplido, ARCHIVESE por Departamento Despacho del Registro Provincial de las Personas.-

**ECHEVERRIA  
Paula Brigida**

Firmado digitalmente por  
ECHEVERRIA Paula Brigida  
Fecha: 2024.08.16 10:35:09  
-03'00'

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	126	2024

DEFUNCIÓN

En Leandro N. Alem - Centro Medico Integral  
 República Argentina, a Once de Julio  
 de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de  
TARNOSKI Miguel  
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
 estado N/D  
 profesión Jubilado. Doc. Ident DNI: 10268810  
 Domicilio Ruta Nac. 14 - Km. 1246 - Dos De Mayo - Mnes.  
 Hijo de: \_\_\_\_\_  
 y de: \_\_\_\_\_  
 Nacido en Prov. de Misiones el 20 de Octubre de 1952  
 Ocurrida en: Centro Médico Integral - Leandro N. Alem - Mnes.  
 El 11 de Julio de 2024, a las se ignora horas  
 Causa de la Defunción: Paro Cardiorrespiratorio - Insuficiencia Aguda de Miocardio.  
 Certificado Médico: MEDICO MONICA ESTER BOBADILLA  
 Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
 Declarante: Ricardo Harald WILCOMS Doc. Ident: 24725065  
 Domicilio: Alte. Brown 156 - L.N.Alem  
 Obra en Virtud de ser encargado de empresa fúnebre. Leída el acta, firma conmigo el declarante.

90

**Rectificación**

Disposición N° 1922/2024 de fecha 16-08-2024. Expte N° 2585-A-2024. ART. 1°  
 RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de TARNOSKI Miguel, (Acta 126- Tomo 1°- Año  
 2024, inscripto en Delegación R.P.P. Centro Médico Integral, Leandro N. Alem-Mnes.), la hora  
 de fallecimiento, siendo lo correcto: "02:40".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula  
 Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 19-08-  
 2024.



  
**ELOISA ARACI SOSA**  
 Inspectora Zona Norte  
 Registro Provincial de las Personas