

21/08/2024

**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 Silvana 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	143	1	143	2024	L. N. ALEM	ARCHIVO/DELEGACION
<b>Dato/s Incorrecto/s</b>	ELEGIR OPCION			Fecha incorrecta de defunción. Dice 15 de Agosto.		
<b>Dato/s Correcto/s</b>	La fecha de defunción es el día 14 de Agosto del corriente año.					

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 defunción	<b>2</b>	Acta de defunción
<b>3</b>	Formulario de solicitud de rectificación	<b>4</b>	Haga clic aquí para escribir texto.

**OBSERVACIONES:**

La fecha de defunción dice 15 de Agosto, debe decir 14 de Agosto.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

  
 GROSS SILVANA MARIEL  
 Firma Autorizada  
 Firma del Solicitante



Firma y Sello de Funcionario



Registro Provincial de las Personas

143

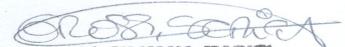
# REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	143	2024

DEFUNCIÓN

En Leandro N. Alem - Centro Medico Integral  
República Argentina, a Dieciseis de Agosto  
de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de \_\_\_\_\_  
SEBASTIANI Delfor Omar  
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
estado CASADO  
profesión Comerciante. Doc. Ident DNI: 16383455  
Domicilio Tomás Guido 965 - Leandro N. Alem - Mnes.  
Hijo de: \_\_\_\_\_  
y de: \_\_\_\_\_  
Nacido en Prov. de Misiones el 18 de Octubre de 1964  
Ocurrida en: Centro Médico Integral - Leandro N. Alem - Mnes.  
El 15 de Agosto de 2024, a las 10:10 horas  
Causa de la Defunción: Paro Cardiorrespiratorio - Cáncer de Pulmón Metastásico.  
Certificado Médico: MEDICO MARCELO ALEJANDRO VILLORDO  
Era cónyuge de: Iris Mabel ANGST  
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**  
Firma Autorizada  
Registro Provincial de las Personas

cc4d13f3fe3be5daa146281f034c28ea

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO Leonardo N. Alem REGISTRO CIVIL DE CMD NUMERO 15406  
 Fecha de inscripción 16 de 08 de 2024 Año  
 TOMO I FOLIO 143 ACTA 143

CERTIFICO que Don/ña Sebastian Dellan Oman Varón  Mujer   
 D.N.I. / L.C. / C.I. 16383455 Domiciliado/a en calle Tomas Guido Nº 965  
 Localidad Leonardo N. Alem Provincia Misiones de 59 Años de edad, Nacido el 16 de 08 de 1964  
 en Leonardo N. Alem Estado Civil (1) casado Nacionalidad Argentina Profesión u ocupación Comerciante

Ha fallecido de: Enfermedad  Muerte Violenta  El Día 14 de 08 de 2024 a las 10:10 horas en: CNC  
 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Sí 1  No 2  Lo atendió el médico Sí 1  No 2   
 o lesión que le produjo la muerte? a) Pero cardiopatía hipertensiva b) que suscribe

Lugar donde ocurrió el hecho: Centro medico integral  
 PROFESIONAL CERTIFICANTE  
 Nombre y Apellido Villordo Marcelo Alejandro Matrícula Profesional Nº 705715  
 Domicilio Profesional: Calle Buenos Aires Nº 310 Dto. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_  
 Localidad Leonardo N. Alem Teléfonos 375415414331

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:  
 Lugar: Centro medico integral  
 Fecha: 14 de Agosto de 2024  
 FIRMADO Y SELLO DEL MEDICO  
 Centro Médico Integral S.H. Rivadavia 610 3315 - L. N. Alem - Mtes

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

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.  
 a) Pero cardiopatía hipertensiva  
 b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Cancer de Pulmon metastasico  
 c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) \_\_\_\_\_  
 II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.  
 No Usar

8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)  
 a) Indicar si fue por: \* Accidente 1  \* Suicidio 2  \* Homicidio 3  \* Se ignora 9   
 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  No 2  Se ignora 9  Continuar abajo  
 \* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año  
 La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1  Parto 2  Puerperio 3

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s Sebastiani Nombre/s Dellan Oman D.N.I. Nº 16383455  
 10 Fecha de la defunción Día Mes Año 14 08 2024 11 Fecha de nacimiento 16 de 08 de 1964

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)  
 \* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años 59  
 \* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días  
 \* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos  
 13 Sexo Masculino 1  Femenino 2  Indeterminado 3

14 Ocurrió en... \* Establecimiento de salud público 1  \* Establecimiento privado, obra social, etc. 2  \* Vivienda (domicilio) particular 3   
 Nombre del establecimiento: Centro medico integral



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 “EXPT 2823-A-24, GROSS SILVANA MARIEL S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE SEBASTIANI DELFOR OMAR”.-

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 SEBASTIANI Delfor Omar D.N.I. N° 16.383.455, (Acta 143-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. Centro Medico Integral-Leandro N. Alem-Mnes) la fecha de fallecimiento, donde se consignó: “15 de Agosto de 2024”, debiendo ser: “**14 de Agosto de 2024**”.-

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° 435/24  
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

Dra. **MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ**  
ABOGADA EN LEY  
Dpto. Jurídico y Legalizaciones  
Registro Provincial de las Personas

Posadas, 04 de septiembre de 2024.-

**DISPOSICION N° 2062 / 2024.-**

Y VISTOS: CARATULADOS “EXPTE N° 2823-A-24, GROSS SILVANA MARIEL S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE SEBASTIANI DELFOR OMAR”.-

**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 SEBASTIANI Delfor Omar D.N.I. N° 16.383.455, (Acta 143-Tomo 1º-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. Centro Medico Integral-Leandro N. Alem-Mnes) la fecha de fallecimiento, donde se consignó: “15 de Agosto de 2024”, debiendo ser: “**14 de Agosto de 2024**”.-

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° 435/24 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 SEBASTIANI Delfor Omar, (Acta 143-Tomo 1º-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. Centro Medico Integral-Leandro N. Alem-Mnes) la fecha de fallecimiento, siendo lo correcto: “**14 de Agosto de 2024**”.-

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

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

**ECHVERRIA**  
**Paula Brigida**  
Firmado digitalmente  
por ECHEVERRIA Paula  
Brigida  
Fecha: 2024.09.13  
09:52:05 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	143	2024

DEFUNCIÓN

En Leandro N. Alem - Centro Medico Integral  
 República Argentina, a Dieciséis de Agosto  
 de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de SEBASTIANI Delfor Omar  
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA  
 estado CASADO  
 profesión Comerciante. Doc. Ident DNI: 16383455  
 Domicilio Tomás Guido 965 - Leandro N. Alem - Mnes.  
 Hijo de: \_\_\_\_\_  
 y de: \_\_\_\_\_  
 Nacido en Prov. de Misiones el 18 de Octubre de 1964  
 Ocurrida en: Centro Médico Integral - Leandro N. Alem - Mnes.  
 El 15 de Agosto de 2024, a las 10:10 horas  
 Causa de la Defunción: Paro Cardiorrespiratorio - Cáncer de Pulmón Metastásico.  
 Certificado Médico: MEDICO MARCELO ALEJANDRO VILLORDO  
 Era cónyuge de: Iris Mabel ANGST  
 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.

### Rectificación

Disposición N° 2062/2024 de fecha 04-09-2024. Expte N° 2823-A-2024. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de: SEBASTIANI Delfor Omar, (Acta 143- Tomo 1° - Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. Centro Medico Integral-Leandro N. Alem-Mnes.), la fecha de fallecimiento, siendo lo correcto: "14 de Agosto de 2024".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas-Misiones.- 13-09-2024.



VIVIANA C. R. CASTILLO  
 Jefa Dpto. Despacho  
 Registro Provincial de las Personas