

22/10/2024

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

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	MARIELA ALEJANDRA OLEÑUK		
DNI / C.I	24421703	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	SAN VICENTE	Tel.Cel	3755600413
En carácter de:	DELEGADA DEL RPP		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	147	01	147	2024	SAN VICENTE SAMIC	DELEGACION
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION			FECHA DE NACIMIENTO DEL DIFUNTO 10/08/2024		
Dato/s Correcto/s	17/12/1937					

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

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

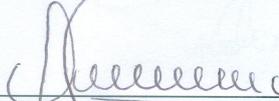
ADJUNTA COPIA DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA:

1	FOTOCOPIA ACTA DEFUNCION	2	FOT DNI FALLECIDO
3	FOT CERTIFICADO MEDICO	4	FOT DNI DELEGADO

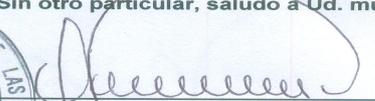
OBSERVACIONES:

Haga clic aquí para escribir texto.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.


 Firma de Solicitante




 Firma y Sello de Funcionario
 Oleñuk Mariela Alejandra
 Delegada Titular
 Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	147	2024

DEFUNCIÓN

En Guarani - SAMIC SAN VICENTE
 República Argentina, a Diez de Agosto
 de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de ZALESKI EUGENIA TERESITA
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: BRASIL
 estado N/D
 profesión _____ Doc. Ident DNI: 92029035
 Domicilio RTA 14 KM 1254 SAN VICENTE
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en RIO GRANDE DO SUL BRASIL el 10 de Agosto de 2024
 Ocurrida en: HOSPITAL SAN VICENTE
 El 10 de Agosto de 2024, a las 09:30 horas
 Causa de la Defunción: FALLA MULTIORGANICA, NEUMONIA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD
 Certificado Médico: MEDICO DANTE ALEJANDRO ALVAREZ
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: Lucas Emmanuel NOLASCO Doc. Ident: 37325061
 Domicilio: JUAN D PERON 675 SAN VICENTE
 Obra en Virtud de SER DUEÑO SERVICIO FUNERARIO LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE



Genek Mariela Alejandra
 Delegada Titular
 Registro Provincial
 de las Personas

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de
Inscripción
TOMO

Día

Mes

Año

FOLIO

ACTA

CERTIFICO que Don/ña Walleck, Eugenio Benito Varón Mujer
D.N.I. / L.C. / C.I. 92228035 Domiciliado/a en calle Paso 14 N° K4 64
Localidad Posadas Provincia Misiones de 36 Años de edad, Nacido el 14 de Setiembre de 1933
en Brasil Estado Civil (1) viudo Nacionalidad Brasileña Profesión u ocupación _____
Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 10 de Ago de 2024 a las 01:30 horas en: H.S.V.
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Si 1 No 2 Lo atendió el médico que suscribe Si 1 No 2
o lesión que le produjo la muerte? _____
Causa de la defunción a) Fallo multifactorial b) Neumonia pulmonar de
Lugar donde ocurrió el hecho: Hospital de Posadas de Posadas
PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido Dante Alejandro Alvarez Matricula Profesional N° 05473
Domicilio Profesional: Calle Alfonsina Orsini N° 1500 Dto. _____ Piso _____
Localidad Posadas Teléfonos 03755 460510
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
Lugar: Hospital de Posadas
Fecha: 10 de Ago de 2024
ALVAREZ DANTE ALEJANDRO
MEDICO
en el Centro Médico
55473
PRIMERO SELLO DEL MEDICO

Para el Registro Civil - Valor Legal

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

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

DOCUMENTACIÓN IDENTIFICATORIA

DOMINANTE: NO

Apellido / Surname
OLENUK

Nombre / Name
MARIELA ALEJANDRA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F ARGENTINA B

Fecha de nacimiento / Date of birth
27 ABR / APR 1975

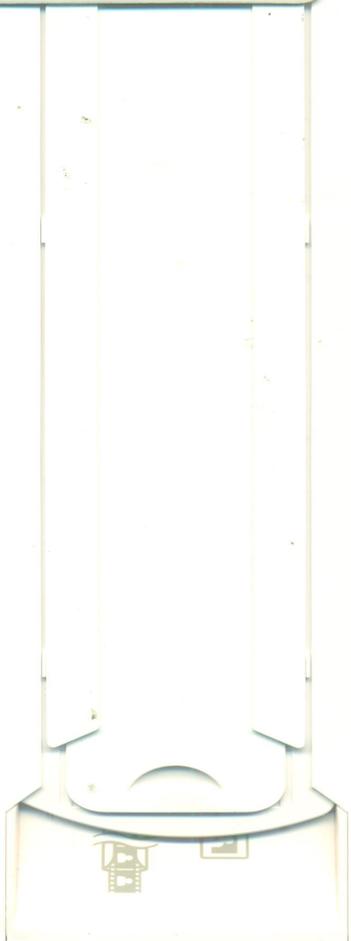
Fecha de emisión / Date of issue
03 ENE / JAN 2014

Fecha de vencimiento / Date of expiry
03 ENE / JAN 2029

FIRMA IDENTIFICADORA / SIGNATURE

Documento / Document
24.421.703

Trámite N° / CI Ident.
00236918658
6809



DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

Departamento o Partido: [] Delegación o Registro Civil: [] Número: [] Tipo: [] FOLIO: []

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? SI 1 No 2 ¿Se atendió el médico? SI No

CAUSA DE LA DEFUNCIÓN
i) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente: *Fallo multicausal*
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): *Exposición repetida de la comunidad*
c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE): []

EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (falicimiento)
a) Indicar si fue por: Asesinato 1 Suicidio 2 Homicidio 3 Terrorismo 4
b) ¿Cómo se produjo. Describir las circunstancias o situación en que aconteció, como por ejemplo, caída de un vehículo, incendio, 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: []

PARA TODAS LAS MUJERES DE 15 A 55 AÑOS CUMPLIDOS
* Estuvo embarazada en los últimos doce meses? SI 1 No 2 Se ignora 3 * Cuál fue la fecha de terminación de esa gestación? aborto parto Cesárea
La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 Parto 2 Puerperio 3

DATOS DEL FALLECIDO
Apellido/s: *Zelinski* Nombre/s: *Hugomilberto* D.N.I. N°: *92029035*

Fecha de la defunción: Día *10* Mes *08* Año *2024* Fecha de nacimiento: *17/10/1937*

Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar solo los años: *86*
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar solo meses y días: []
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos: []
Sexo: Masculino 1 Femenino 2 Indeterminado 3

Ocurrió en...
* Establecimiento de salud público 1 Establecimiento privado, obra social, etc. 2 Vivienda (domicilio) particular 3 Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4
Nombre del establecimiento: *Hospital Nivel III de Mor. Monte*

Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: *Caype Amaru 1800*
Localidad/Paraje: *Mor Monte* Departamento o Partido: *Guaraní*
Provincia: *Paraná*

Vive habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: *Ruta 14 Km 64*
Localidad/Paraje: *Mor Monte* Departamento o Partido: *Guaraní*
Provincia (o país para extranjeros): *Paraná*



PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE GOBIERNO
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 “EXPTTE 3727-A-24, OLEÑUK MARIELA ALEJANDRA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE ZALESKI EUGENIA TERESITA.-

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. OLEÑUK Mariela Alejandra en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 24.421.703 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de ZALESKI Eugenia Teresita D.N.I. N° 92.029.035, (Acta 147-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de San Vicente-Mnes) la fecha de nacimiento de la causante, donde se consignó: “10 de Agosto de 2024”, debiendo ser: “**17 de Diciembre de 1937**”.-

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, 3) D.N.I. de la causante, 4) D.N.I. de la solicitante.-

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° 550/24
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

Dra. MARIELA ALEJANDRA BENÍTEZ
— ABogada — L. E. C. P. A.
Dpto. Jurídico y Legalizaciones
Registro Provincial de las Personas



Posadas, 31 de Octubre de 2024.-

DISPOSICION N° 2457/24

Y VISTOS: CARATULADOS “EXPTE N° 3727-A-24, OLEÑUK MARIELA ALEJANDRA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE ZALESKI EUGENIA TERESITA”.-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. OLEÑUK Mariela Alejandra en su carácter de Delegada, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 24.421.703 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de ZALESKI Eugenia Teresita D.N.I. N° 92.029.035, (Acta 147-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de San Vicente-Mnes) la fecha de nacimiento de la causante, donde se consignó: “10 de Agosto de 2024”, debiendo ser: “**17 de Diciembre de 1937**”.-

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, 3) D.N.I. de la causante, 4) D.N.I. de la solicitante.-

Que se accede por informe N° 550/24 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 ZALESKI Eugenia Teresita, (Acta 147-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de San Vicente-Mnes) la fecha de nacimiento de la causante, siendo lo correcto: “**17 de Diciembre de 1937**”.-

ARTICULO 2: COMUNIQUESE, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación del Samic de San Vicente-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: 2024.10.31
11:43:20 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

147

Tomo	Acta	Año
1	147	2024

DEFUNCIÓN

En Guarani - SAMIC SAN VICENTE
República Argentina, a Diez de Agosto
de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de ZALESKI EUGENIA TERESITA
Sexo: FEMENINO Nacionalidad: BRASIL
estado N/D
profesión _____ Doc. Ident DNI: 92029035
Domicilio RTA 14 KM 1254 SAN VICENTE
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en RIO GRANDE DO SUL BRASIL el 10 de Agosto de 2024
Ocurrida en: HOSPITAL SAN VICENTE
El 10 de Agosto de 2024, a las 09:30 horas
Causa de la Defunción: FALLA MULTIORGANICA, NEUMONIA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD
Certificado Médico: MEDICO DANTE ALEJANDRO ALVAREZ
Era cónyuge de: _____
Declarante: Lucas Emmanuel NOLASCO Doc. Ident: 37325061
Domicilio: JUAN D PERON 675 SAN VICENTE
Obra en Virtud de SER DUEÑO SERVICIO FUNERARIO LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE

129

Rectificación

Disposición N° 2457/2024 de fecha 31-10-2024. Expte N° 3727-A-2024. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de ZALESKI Eugenia Teresita, (Acta 147- Tomo 1°- Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. del Samic de San Vicente-Mnes.), la fecha de nacimiento de la causante, siendo lo correcto: "17 de Diciembre de 1937".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 01-11-2024.



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

ab54397ced6d6a3e1b48d63a71b10765