

30/03/2023

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

SOLICITANTE

| | | | |
|--------------------------|---------------------------|---------------------|------------|
| Nombre y Apellido | ANGEL DE JESUS, RODRIGUEZ | | |
| DNI / C.I | 31574212 | Nacionalidad | ARGENTINO |
| Domicilio | COL AURORA | Tel.Cel | 3755444208 |
| En carácter de: | DELEGADA DEL RPP | | |

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

| ACTA | NUMERO | TOMO | FOLIO | AÑO | DELEGACIÓN | COPIA |
|----------------------------|-----------------------------|------|--------------|------|------------|--------------------|
| Defunción | 22 | 1 | 22 | 2024 | COL AURORA | ARCHIVO/DELEGACION |
| Dato/s Incorrecto/s | Nombre del/la Inscripto/a | | NELCI ENAIRA | | | |
| Dato/s Correcto/s | CORRESPONDE SER NELCY ENAIR | | | | | |

| 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. | | | | | |

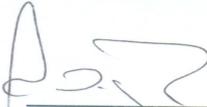
ADJUNTA COPIA DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA:

| | | | |
|----------|-------------------------------------|----------|-------------------------------------|
| 1 | ACTA DE DEFUNCION COPIA DEL DNI | 2 | FORMULARIO MEDICO |
| 3 | Haga clic aquí para escribir texto. | 4 | Haga clic aquí para escribir texto. |

OBSERVACIONES:

Haga clic aquí para escribir texto.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.


 Firma de Solicitante




 Firma y Sello de Funcionario
 Rodríguez Angel De Jesús
 Firma Autorizada
 Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

| Tomo | Acta | Año |
|------|------|------|
| 1 | 22 | 2024 |

DEFUNCIÓN

En 25 de Mayo - COL. AURORA
 República Argentina, a Veintidós de Noviembre
 de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de SCHLEY NELCI ENAIRA
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado VIUDO
 profesión AMA DE CASA Doc. Ident DNI: 18307403
 Domicilio CALLE ROTT S/N° COL AURORA 25 DE MAYO MNES
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en MISIONES el 28 de Julio de 1966
 Ocurrida en: HOSP. NIVEL 1 SAN LUCAS COL AURORA
 El 21 de Noviembre de 2024, a las 01:50 horas
 Causa de la Defunción: PARO CARDIO RESPIRATORIO
 Certificado Médico: MEDICO JOSE DOMINGO ZAPANI
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: Matias Alejandro DE LIMA Doc. Ident: 34199400
 Domicilio: ALMIRANTE BROWNS/N° PARCELA 5 MZ G
 Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FUNEBRE LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE



Rodriguez Angel De Jesús
Firma Autorizada
Registro Provincial de las Personas

F
D
A
T
D
F
:

Provincia de Misiones
Ministerio de Salud Pública
Programa Nacional de Estadística de Salud

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO 25 DE Mayo REGISTRO CIVIL DE Col Aurora NUMERO 3085
Fecha de inscripción 22 Día 14 Mes 10 Año 2024
TOMO 01 FOLIO 22 ACTA 22

CERTIFICO que Señor Schley N del EROU Varón Mujer
D.N.I. / L. e. 18.307.903 Domiciliado/a en calle Nº
Localidad Col Aurora Provincia Misiones de 58 Años de edad, Nacido el 22 de Julio de 1966
en Misiones Estado Civil (1) Viudo Nacionalidad Argentina Profesión u ocupación Aux de casa
Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 21 de Noviembre de 2024 a las 01:50 horas en: HOSPITAL

¿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? No 2 que suscribe No 2

Causa de la defunción a) fora cuilibet registario b) ACU Amoroza
Lugar donde ocurrió el hecho: hito 103

PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido Zapani José Domingo Matrícula Profesional Nº 103760

Domicilio Profesional: Calle AV los Zumbidos Nº 54 Dto. 30 Piso —
Localidad Santa Rita Teléfonos 0575555772

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: Col Aurora
Fecha: 21 de Noviembre de 20024

Dr. ZAPANI JOSÉ
M. P. 3760
Sector Hospital Nivel 1
FIRMA DEL MEDICO

- 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 |
| | | 22 | 11 | 2024 |
| 2 | Departamento o Partido | 3 | Delegación o Registro Civil | Número |
| | 25 DE MAYO | 3343 | Ed. Aurora | 3005 |
| 4 | TOMO | FOLIO | ACTA | |
| | 01 | 22 | 22 | |

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? | Si 1 <input checked="" type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> | 6 | Lo atendió el médico que suscribe? | Si 1 <input checked="" type="checkbox"/> | No 2 <input type="checkbox"/> | | | |
| 7 | CAUSA DE LA DEFUNCIÓN | INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE | | | | | | | | |
| I) | Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente. | a) | Para colic/Agotamiento | | | | | | | |
| | 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) Acl. hemorragica | | | | | | | |
| | | c) | Debido a (O COMO CONSECUENCIA DE) H.S.A. no tratado. Suer | | | | | | | |
| 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 <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 checked="" type="checkbox"/> | Se ignora 9 <input type="checkbox"/> | Continuar abajo | * Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? | Día | Mes | Año |
| | | | | | | | | | | |
| | | La muerte estuvo relacionada con: | Embarazo 1 <input type="checkbox"/> | Parto 2 <input type="checkbox"/> | Puerperio 3 <input type="checkbox"/> | | | | | |

DATOS DEL FALLECIDO

| | | | | |
|------------|--|---|--|---|
| Apellido/s | Nombre/s | D.N.I. N° | | |
| Schley | Nelcy Emán | 18.307.403 | | |
| 10 | Fecha de la defunción | 11 | Fecha de nacimiento | |
| | Día Mes Año | | Día Mes Año | |
| | 21 11 2024 | | 28 07 1966 | |
| 12 | Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda) | 13 | Sexo | |
| | * Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años | Años | Masculino 1 <input type="checkbox"/> | |
| | * Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días | Meses | Femenino 2 <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | * Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos | Días | Indeterminado 3 <input type="checkbox"/> | |
| | | Horas | | |
| | | Minutos | | |
| 14 | Ocurrió en... | Nombre del establecimiento: | | |
| | * Establecimiento de salud público | 1 <input type="checkbox"/> | | |
| | * Establecimiento privado, obra social, etc. | 2 <input type="checkbox"/> | | |
| | * Vivienda (domicilio) particular | 3 <input type="checkbox"/> | | |
| | * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 15 | Domicilio donde se produjo: | Calle y N° / Ruta y Km.: Auto. 103 Alto campo Roman | | |
| | Localidad/Paraje | Departamento o Partido: | Cerro | |
| | | Provincia | Misiones | |
| 16 | Vivia habitualmente en: | Calle y N° / Ruta y Km.: Calle Pott 40 | | |
| | Localidad/Paraje | Departamento o Partido | 25 de Mayo | |
| | | Provincia (o país para extranjeros) | Misiones Arg | |
| 17 | Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre) | | | |
| | * Obra Social 1 <input type="checkbox"/> | * Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/> | * Ambos 3 <input type="checkbox"/> | * Ninguno 4 <input checked="" type="checkbox"/> |

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

Continúa al dorso

SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MÁS

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 | Completo |
| -- Primario | 02 <input checked="" type="checkbox"/> | 03 <input type="checkbox"/> |
| -- Secundario | 04 <input type="checkbox"/> | 05 <input type="checkbox"/> |
| Superior o universitario | 06 <input type="checkbox"/> | 07 <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| S.E. Reformado | Incompleto | Completo |
| -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) | 11 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> |
| -- Ciclo EGB 3ro. | 13 <input type="checkbox"/> | 14 <input type="checkbox"/> |
| -- Polimodal | 15 <input type="checkbox"/> | 16 <input type="checkbox"/> |

19. Cuál era su situación laboral?

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

20. Cuál era su ocupación habitual?

Chorposin

No Usar

SOLO 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 | Completo |
| -- Primario | 02 <input type="checkbox"/> | 03 <input type="checkbox"/> |
| -- Secundario | 04 <input type="checkbox"/> | 05 <input type="checkbox"/> |
| Superior o universitario | 06 <input type="checkbox"/> | 07 <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| S. E. Reformado | Incompleto | Completo |
| -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) | 11 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> |
| -- Ciclo EGB 3ro. | 13 <input type="checkbox"/> | 14 <input type="checkbox"/> |
| -- Polimodal | 15 <input type="checkbox"/> | 16 <input type="checkbox"/> |

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 | Completo |
| -- Primario | 02 <input type="checkbox"/> | 03 <input type="checkbox"/> |
| -- Secundario | 04 <input type="checkbox"/> | 05 <input type="checkbox"/> |
| Superior o universitario | 06 <input type="checkbox"/> | 07 <input type="checkbox"/> |

| | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| S. E. Reformado | Incompleto | Completo |
| -- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) | 11 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> |
| -- Ciclo EGB 3ro. | 13 <input type="checkbox"/> | 14 <input type="checkbox"/> |
| -- Polimodal | 15 <input type="checkbox"/> | 16 <input type="checkbox"/> |

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 | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Busca trabajo | 3 | <input type="checkbox"/> |
| No busca trabajo | 3 | <input type="checkbox"/> |

26. Cuál es su ocupación habitual?

No Usar

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 → ir a pregunta siguiente

• Múltiple 2 → el que produjo: niños vivos, y defunciones fetales

30. Cuántas semanas completas duró la gestación?

• semanas completas

31. En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?

Día Mes Año

32. Contando hasta el de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? • embarazos

33. Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos y cuántas defunciones fetales?

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico 1 Apellido y nombre *Zapani José Domingo* Matricula *337760* Firma *Dr. ZAPANI JOS*

Otro 2 Domicilio *AV. los Tamarindos* Profesional N° *310* M. P. 3760

Localidad: *Santa Rita* Teléfono *0375555772* Director Hospital Nivel 1 Colonia Aurora

Sello



REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS

PROVINCIA DE MISIONES
MINISTERIO DE GOBIERNO
División del Estado Civil
y Capacidad

Sección: R.P.P.
Tomo: Segundo
Número Veintiocho En Justicia
la del Valle - Dto. Gainguiás Provincia de Misiones, República Argentina
a veintinueve de Julio de mil novecientos veinte
y uno
Yo, Oficial Público autorizado, procedo a inscribir e

SCHLEY
NELOJ
ENAIR

Inscripción ocurrida en esta localidad de
NELOJ ENAIR
nacido a las uno dieciséis del día dieciséis del mes de
Julio de mil novecientos veinte y seis

de sexo masculino hijo de
NORBERTO EDGAR SCHLEY

edad veinticuatro años, de nacionalidad brasileña, de profesión
agricultor, domiciliado en D. del Valle - Guas hij
de BERNHARD SCHLEY y de ROSELA
MILDA GRANDE Doc. Id.: C.I. LE

y de ZEMILDA GABE
edad veintidós años, de nacionalidad brasileña, de profesión
qu. h. doméstico, domiciliada en D. del Valle - Guas hij
de ARLINDO GABE y de LEOPOLDINA
GABE Doc. Id.: C.I. LE

Esta inscripción se efectúa según declaración prestada por:
El padre estado civil casado
nacionalidad brasileña edad veintidós domiciliado
en D. del Valle - Guas Acredita su identidad con LE N° 7 550 270
y obra en virtud de ...

Ante los testigos:
Pedro Soto
edad veintidós años, de nacionalidad argentina, de profesio
agricultor y con domicilio en D. del Valle - Guas que
en este acto acredita su identidad con LE N° 7 550 270 y,
ELEMAR SCHWANTZ
edad veinticuatro años, de nacionalidad argentina, de profesio
agricultor y con domicilio en D. del Valle - Guas que
en este acto acredita su identidad con ...

conmigo, el declarante, el acta, la firman
Norberto Soto
Pedro Soto
Elemer Soto
JUAN NOVAK
Delegado Regional Registros
Provincial de las Personas



ROS
JEF.
DIR.



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

Posadas,.....

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., a los efectos de elevar informe, vistos: los autos caratulados “EXPTE 4228-A-24, RODRIGUEZ ANGEL DE JESUS S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE SCHLEY NELCI ENAIRA-

Que a fs. 01 Se presenta el Sr. RODRIGUEZ Angel de Jesus en su carácter de Delegado, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 31.574.212 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de SCHLEY Nelci Enaira D.N.I. N° 18.307.403, (Acta 22-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Colonia Aurora-Mnes) el nombre de la causante, donde se consignó: “Nelci Enaira”, debiendo ser: “Nelcy Enair”.-

Que a los efectos de probar lo solicitado precedentemente se adjunta fotocopias certificadas de: 1) Acta de defunción a rectificar, 2) Certificado Médico de Nacimiento, 3) D.N.I. de la causante, 4) Acta de nacimiento de la misma.-

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° 616/24
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

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



Posadas 05 de diciembre de 2024

DISPOSICION N° 2755/24

Y VISTOS: CARATULADOS “EXPTE N° 4228-A-24, RODRIGUEZ ANGEL DE JESUS S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE SCHLEY NELCI ENAIRA”.-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta el Sr. RODRIGUEZ Angel de Jesus en su carácter de Delegado, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 31.574.212 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de SCHLEY Nelci Enaira D.N.I. N° 18.307.403, (Acta 22-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Colonia Aurora-Mnes) el nombre de la causante, donde se consignó: “Nelci Enaira”, debiendo ser: “**Nelcy Enair**”.-

Que a los efectos de probar lo solicitado precedentemente se adjunta fotocopias certificadas de: 1) Acta de defunción a rectificar, 2) Certificado Médico de Nacimiento, 3) D.N.I. de la causante, 4) Acta de nacimiento de la misma.-

Que se accede por informe N° 616/24 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 SCHLEY Nelci Enaira, (Acta 22-Tomo 1°-Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Colonia Aurora-Mnes) el nombre de la causante, siendo lo correcto: “**Nelcy Enair**”.-

ARTICULO 2: COMUNIQUESE, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación de Colonia Aurora-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: 2024.12.05
11:26:29 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

22

| Tomo | Acta | Año |
|------|------|------|
| 1 | 22 | 2024 |

DEFUNCIÓN

En 25 de Mayo - COL. AURORA
República Argentina, a Veintidós de Noviembre
de 2024 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de SCHLEY NELCI ENAIRA
Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado VIUDO
profesión AMA DE CASA Doc. Ident DNI: 18307403
Domicilio CALLE ROTT S/N° COL AURORA 25 DE MAYO MNES
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en MISIONES el 28 de Julio de 1966
Ocurrida en: HOSP. NIVEL 1 SAN LUCAS COL AURORA
El 21 de Noviembre de 2024, a las 01:50 horas
Causa de la Defunción: PARO CARDIO RESPIRATORIO
Certificado Médico: MEDICO JOSE DOMINGO ZAPANI
Era cónyuge de: _____
Declarante: Matías Alejandro DE LIMA Doc. Ident: 34199400
Domicilio: ALMIRANTE BROWNS/N° PARCELA 5 MZ G
Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA EMPRESA FÚNEBRE LEÍDA EL ACTA FIRMA. CONMIGO EL DECLARANTE

139

Rectificación

Disposición N° 2755/2024 de fecha 05-12-2024. Expte N° 4228-A-2024. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de: SCHLEY Nelci Enaira, (Acta 22- Tomo 1°- Año 2024, inscripto en Delegación R.P.P. de Colonia Aurora-Mnes.), el nombre de la causante, siendo lo correcto: "Nelcy Enair".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones.- 09-12-2024.



VIVIANA C. R. CASTILLO
Jef. Dpto. Defunción
Registro Provincial de las Personas

c255cc8c8622d97196866fd3fb955dce