

11/08/2025

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

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	MIJALOSKI GUSTAVO DANIEL		
DNI / C.I	29166942	Nacionalidad	ARGENTINO
Domicilio	FELIX DE AZARA 553 C. DE LA SIERRA	Tel.Cel	3758-413891
En carácter de:	HIJO/A		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	23	1	23	2025	CONCEP DE LA SIERRA	DELEGACION
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION			MES DEFUNCION INCORRECTO(JULIO)		
Dato/s Correcto/s	MES DE DEFUNCION AGOSTO					

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 A RECTIFICAR	2	CERTIFICADO DE DEFUNCION
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.

Mijalozki Gustavo
Firma de Solicitante



Lourdes Emilia Gimenez
Firma Autorizada
Registro Provincial de las Personas

Firma y Sello de Funcionario

REPUBLICA ARGENTINA

23

Tomo	Acta	Año
1	23	2025

DEFUNCIÓN

En Concepción de la Sierra - C. DE LA SIERRA
República Argentina, a Seis de Agosto
de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de MIJALOSKI ELIAS JOSE
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado CASADO
profesión JUBILADO Doc. Ident DNI: 7553029
Domicilio FELIX DE AZARA 553 C. DE LA SIERRA
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en MISSIONES el 04 de Marzo de 1942
Ocurrida en: SU DOMICILIO-C. DE LA SIERRA MNES.
El 05 de Julio de 2025, a las 20:00 horas
Causa de la Defunción: BRONCOASPIRACION-ENF. PARKINSON
Certificado Médico: MEDICO JORGE ROBERTO BECK
Era cónyuge de: JUANITA ELENA STUPNICKI
Declarante: CESAR HUMBERTOO BENITEZ Doc. Ident: 14493605
Domicilio: C. DE LA SIERRA MNES.
Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA FUNERARIA. LEIDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.






RUHMLING, GABRIEL DAMIAN
Firma Autorizada
Registro Provincial de las Personas

La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 ☐ Parto 2 ☐ Puerperio 3 ☐

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s MIJALOSKI Nombre/s ELIOS JOSE D.N.I. N° 7553.029

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

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO REGISTRO CIVIL DE NUMERO

Fecha de Inscripción Día Mes Año
TOMO FOLIO ACTA

Formulario de Entrega Gratuita

CERTIFICO que Don/ña Mijalowski Elias Jose Varón ☒ Mujer ☐
D.N.I. / L.C. / C.I. 7553029 Domiciliado/a en calle Felix de Azara N° 553
Localidad C. de la Sierra Provincia Misiones de 83 Años de edad, Nacido el 04 de Marzo de 1942
en Misiones Estado Civil (1) Casado Nacionalidad Argentina Profesión u ocupación jubilado
Ha fallecido de: Enfermedad ☒ Muerte Violenta ☐ El Día 05 de Agosto de 2005 a las 20 horas en: Domicilio
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Sí 1 ☒ No 2 ☐ Lo atendió el médico que suscribe Sí 1 ☒ No 2 ☐
Causa de la defunción a) Brucelosis b) Enf Porfiriana
Lugar donde ocurrió el hecho: Domicilio
PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido Jorge Roberto Beck Matrícula Profesional N° 3316
Domicilio Profesional: Calle Andrésito N° 713 Dto. Piso
Localidad C. de la Sierra Teléfonos 3764384108
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
Lugar: C. de la Sierra
Fecha: 05 de Agosto de 2005

Dr. BECK JORGE ROBERTO
MEDICO
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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

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	

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 ☐	No 2 ☐	6	Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 ☐	No 2 ☐
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) <u>Bronco aspiración</u>			
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>Enfermedad de Parkinson</u>			
				c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <u>A C V.</u>			
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?				* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?			
Sí 1 ☐				Día Mes Año			
No 2 ☐				Continuar abajo			
Se ignora 9 ☐				Parto 2 ☐ Puerperio 3 ☐			
La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 ☐ Parto 2 ☐ Puerperio 3 ☐							

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s <u>Myolozki</u>		Nombre/s <u>Elias Jose</u>		D.N.I. N° <u>7553.029</u>			
10	Fecha de la defunción	Día	Mes	Año	11	Fecha de nacimiento	
	<u>05/08/2025</u>					<u>04/03/1942</u>	
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 ☒
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días					Meses	Femenino	2 ☐
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos					Horas	Indeterminado	3 ☐
					Minutos		
14	Ocurrió en...					Nombre del establecimiento:	
* Establecimiento de salud público					1 ☐		
* Establecimiento privado, obra social, etc.					2 ☐		
* Vivienda (domicilio) particular					3 ☒ Pasar a Preg. 15		
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)					4 ☐		
15	Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: <u>Selich de Azoro 553</u>						
Localidad/Paraje <u>Cd de la Surra</u>		Departamento o Partido <u>Concepcion</u>					
Provincia <u>Misiones</u>							
16	Vivia habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: <u>Selich de Azoro 553</u>						
Localidad/Paraje <u>Cd de la Surra</u>		Departamento o Partido <u>Concepcion</u>					
Provincia (o país para extranjeros) <u>Misiones</u>		País					
17	Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)						
* Obra Social 1 ☐ * Plan de salud privado o mutual 2 ☐ * Ambos 3 ☐ * Ninguno 4 ☐							

Continúa al dorso

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

Apellido / Surname
MIJALOCKI

Nombre / Name
GUSTAVO DANIEL

Sexo / Sex
M

Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA

Emplazamiento
A

Fecha de nacimiento / Date of birth
23 ENE/ JAN 1982

Fecha de emisión / Date of issue
23 JUN/ JUN 2012

Vencimiento / Date of expiry
23 JUN/ JUN 2027

Firma del titular / Signature

Documento / Document
29.166.942

Trámite N° / Of. Ident.
00110655178

1503

MIJALOWKI

Gustavo

Daniel

RÉDACTO

14

ACTA No. 18 Tomo 1 En C de la Sierra Depto. de Concepción

Provincia de Misiones, a 1 de Febrero 1982 Ante mi Oficial

Público autorizado

Delegado, don Elías José MIJALOWKI

C. No. 7553 029 M. I. Domiciliado Calle Felix de Azara

DECLARA: Que el día veintitres mes Enero año mil

novecientos ochenta y dos hora 18,00 lugar C. de la Sierra

NACIO una criatura del sexo masculino constatada por Dr. Leonardo Eleuterio

GERULA recibió el nombre de Gustavo Daniel

APELLIDO MIJALOWKI su padre Elías José MIJALOWKI

nacionalidad argentino C. No. 7553 029 M. I.

su madre Juanita Elena STUPNICKI nacionalidad argentina

C. No. 4540 637 M. I. Ficha identificatoria No. 29.166.942

Leída esta acta, la firman conmigo el declarante

Elías José Mijalowski



ANA GIOLANDA Z. de RIOS

A. P. P. C. de la Sierra

02_310512000019-005449

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 2415-A-25, MIJALOSKI GUSTAVO DANIEL S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE MIJALOSKI ELIAS JOSE".-

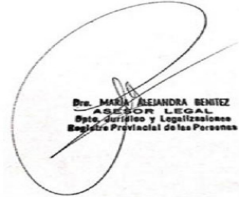
Que a fs. 01 Se presenta el Sr. MIJALOSKI Gustavo Daniel en su carácter de hijo, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 29.166.942 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de MIJALOSKI Elias Jose D.N.I. N° 7.553.029, (Acta 23-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Concepción de la Sierra-Mnes.) el mes de fallecimiento, donde se consignó como: "Julio", debiendo ser: "Agosto".-

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. del solicitante, 4) Acta de nacimiento del mismo.-

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° 431/25
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES


Dra. MARIANA ALEJANDRA BENÍTEZ
ASESORA LEGAL
Depto. Jurídico y Legalizaciones
Registro Provincial de las Personas

Posadas, 20 de Agosto de 2025.

DISPOSICION N° 1715/25

Y VISTOS: CARATULADOS "EXPTE N° 2415-A-25, MIJALOSKI GUSTAVO DANIEL S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCIÓN DE MIJALOSKI ELIAS JOSE".-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta el Sr. MIJALOSKI Gustavo Daniel en su carácter de hijo, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 29.166.942 solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de MIJALOSKI Elias Jose D.N.I. N° 7.553.029, (Acta 23-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Concepción de la Sierra-Mnes.) el mes de fallecimiento, donde se consignó como: "Julio", debiendo ser: "Agosto".-

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. del solicitante, 4) Acta de nacimiento del mismo.-

Que se accede por informe N° 431/25 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 MIJALOSKI Elias Jose, (Acta 23-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Concepción de la Sierra-Mnes.) el mes de fallecimiento, siendo lo correcto: "Agosto".-

ARTICULO 2: COMUNIQUESE, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación de Concepción de la Sierra-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: 2025.08.20 11:50:16
031007



Registro Provincial de
las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

23

Tomo	Acta	Año
1	23	2025

DEFUNCIÓN

En Concepción de la Sierra - C. DE LA SIERRA
República Argentina, a Seis de Agosto
de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de MIJALOSKI ELIAS JOSE
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado CASADO
profesión JUBILADO Doc. Ident DNI: 7553029
Domicilio FELIX DE AZARA 553 C. DE LA SIERRA
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en MISIONES el 04 de Marzo de 1942
Ocurrida en: SU DOMICILIO-C. DE LA SIERRA MNES.
El 05 de Julio de 2025, a las 20:00 horas
Causa de la Defunción: BRONCOASPIRACION-ENF. PARKINSON
Certificado Médico: MEDICO JORGE ROBERTO BECK
Era cónyuge de: JUANITA ELENA STUPNICKI
Declarante: CESAR HUMBERTO BENITEZ Doc. Ident: 14493605
Domicilio: C. DE LA SIERRA MNES.
Obra en Virtud de SER EMPLEADO DE LA FUNERARIA. LEIDA EL ACTA FIRMA CONMIGO EL DECLARANTE.

80

Rectificación

Disposición N° 1715/25 de fecha 20-08-2025. Expte N° 2415-A-25. ART. 1° RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de MIJALOSKI Elias Jose, (Acta 23- Tomo 1°- Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Concepción de la Sierra- Mnes.) el mes de fallecimiento, siendo lo correcto: "Agosto".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brigida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 21-08-2025.



VIVIANA C. P. CASARILLO
Jefa Dpto. Defunción
Registro Provincial de las Personas

3f0120c8dcf9d18404640edbed84e57d