



2025 - "Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el Abuso, la Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por la Accesibilidad Digital para Personas con Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la Concientización y Promoción de la Funga Misionera"

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	MIJALOZKI 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 Edith Giménez
Firma Autorizada
Registro Provincial de las Personas



✓ Firma y Sello de Funcionario



Registro Provincial de
las Personas

23

REPUBLICA ARGENTINA

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
MIJALOZKI 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 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.



RUMMING GABRIEL DAMIAN
Firma Autorizada
Registro Provincial de las Personas

3f0120c8dcf9d18404640edbed84e57d

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s A. A.Nombre/s Cesar LinoD.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	

CERTIFICO que Don/fña Miguelohhi Elias Jose Varón Mujer
 D.N.I. / L.C. / C.I. 7553.029 N° 553
 Domiciliado/a en calle Felix de Azara
 Localidad Cde la Sierra, Provincia Misiones, de 83 Años de edad, Nacido el 09 de Mayo de 1992
 en Misiones, Estado Civil (1) Casado, Nacionalidad Argentino, Profesión u ocupación Jubilado

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 05 de Enero de 2005 a las 20 horas en: Domicilio

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Sí No Lo atendió el médico Sí No
 o lesión que le produjo la muerte? que suscribe

Causa de la defunción a) Bronco espasmos b) Enf Parkinson
 Lugar donde ocurrió el hecho: Domicilio

PROFESIONAL CERTIFICANTE
 Nombre y Apellido Jorge Roberto Beck Matrícula Profesional N° 3316
 Domicilio Profesional: Calle Andrade N° 713 Dto. _____ Piso _____

Localidad Cde la Sierra Teléfonos 3764384108

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
 Lugar: Cde la Sierra
 Fecha: 05 de Enero de 2005

Dr. BECK JORGE ROBERTO
ODONTOLOGO
D.P. 103316
 FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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

(Este formulario es propiedad del secretario 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				
DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Sólo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificador)									
5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>			6 Lo atendió el médico que suscribe? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>						
INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE									
7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN I) Enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente. Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica. II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.			a) Bronco esfriacions b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Enfermedad de Parkinson. c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) A.C.V.						
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			* Estuve embarazada en los últimos doce meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Continuar Se ignora 9 <input type="checkbox"/> 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									
10 Apellido/s <u>Migueloski</u> Nombre/s <u>Elias Jose.</u> D.N.I. N° <u>7553.029.</u> Fecha de la defunción Dia <u>10</u> Mes <u>08</u> Año <u>2025</u>			11 Fecha de nacimiento Dia <u>04</u> Mes <u>03</u> Año <u>1942</u>						
12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda) * Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años * 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 <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Años <u>83</u> Meses <u></u> Días <u></u> Horas <u></u> Minutos <u></u>		
14 Ocurrió en... * Establecimiento de salud público * Establecimiento privado, obra social, etc. * Vivienda (domicilio) particular * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)							Nombre del establecimiento: _____ 		
15 Domicilio donde se produjo: Calle y Nº / Ruta y Km.: <u>Felix de Azara 553</u> Localidad/Paraje <u>Cde lo Surro</u>							16 Departamento o Partido <u>Concepcion</u> Provincia <u>Misiones</u>		
16 Vivía habitualmente en: Calle y Nº / Ruta y Km.: <u>Felix de Azara 553</u> Localidad/Paraje <u>Cde lo Surro</u>							16 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 <input 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

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES





MIJALOZKI

Gustavo

Daniel

RÉDACTO

PF

ACTA N° 18 Tomo 1 En C de la Sierra

Depto. de Concepción

Provincia de Misiones, a 1º de Febrero 1989 Ante mi Oficial

Público autorizado

Delegado, don Elias José MIJALOZKI

C.I. No. Y 553.029 Domiciliado Calle Felix de Azara

DECLARA: Que el dia 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 MIJALOZKI

su padre Elias Jose MIJALOZKI

nacionalidad argentino

C.I. No. Y 553.029

su madre Juanita Elena STUPHICKI

nacionalidad argentina

C.I. No. 4540.637 Ficha identificatoria N° 29.166.942

Leyda esta acta, la firman conmigo el declarante

Elias Jose Mijalozki



ANNA GIOLANDA Z. de RIOS

1/2 An. Jefe

R. P. P. C. de la Sierra

02_310512000019-005449



2025 - "Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el Abuso, la Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por la Accesibilidad Digital para Personas con Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la Concientización y Promoción de la Frontera Misionera"

Posadas,.....

A LA SEÑORA
DIRECTOR GENERAL
DEL REGISTRO PROVINCIAL
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, MIJALOZKI GUSTAVO DANIEL S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE MIJALOZKI ELIAS JOSE".-

Que a fs. 01 Se presenta el Sr. MIJALOZKI 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 MIJALOZKI Elias Jose D.N.I. N° 7.553.029, (Acta 23-Tomo 1º-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. MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ
ASESOR LEGAL
Dpto. 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, MIJALOZKI GUSTAVO DANIEL S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCIÓN DE MIJALOZKI ELIAS JOSE".-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta el Sr. MIJALOZKI 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 MIJALOZKI Elias Jose D.N.I. N° 7.553.029, (Acta 23-Tomo 1º-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 MIJALOZKI Elias Jose, (Acta 23-Tomo 1º-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 Firmado digitalmente por
Paula Brigida Fecha: 2025.08.20 11:50:16
03'00"



Registro Provincial de
las Personas

23

REPUBLICA ARGENTINA

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 DEFUNCION de
MIJALOZKI 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. 1º RECTIFIQUESE, en el Acta de Defunción de MIJALOZKI Elias Jose, (Acta 23- Tomo 1º- Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Concepción de la Sierra- Mnes.) el mes de fallecimiento, siendo lo correcto: "Agosto".- ART. 2º y 3º de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 21-08-2025.



VIVIANA Z. B. GARNILLO
Jef. Depto. Directorio
Registro Provincial de las Personas

3f0120c8dcf9d18404640edbed84e57d