

05/11/2025

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

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	VALIENTE, DAIANA BELEN LISANDRO		
DNI / C.I	37.219.396	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	SAN VICENTE MISIONES	Tel.Cel	3755-490859
En carácter de:	MADRE DE LA INSCRIPTA/O		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Nacimiento	21	1	21	2022	SAN VICENTE	ARCHIVO
Dato/s Incorrecto/s	Nombre del/la Inscripto/a			ALVARO EFRAIN		
Dato/s Correcto/s	ÁLVARO EFRAÍN					

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 NACIMIENTO MENOR	2 DNI MADRE
3 CEFERTIFICADO MEDICO DE NACIMIENTO	4 ESTADÍSTICO NACIDO VIVO

OBSERVACIONES:

AMBOS NOMBRES DEL MENOR CON ACENTO

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.


Firma de Solicitante



LIA TRAMPUSCH
DELEGADA TITULAR
C.D.R. SAN VICENTE
REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS

Firma y Sello de Funcionario



Registro Provincial
de las Personas

21

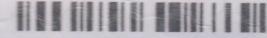
REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	21	2022

NACIMIENTO

En **Guarani - SAN VICENTE** Enero
República Argentina, a **Trece** de **Enero**
de **2022** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo el **NACIMIENTO**
de **Alvaro Efrain** D.N.I. N° **59.207.160**
Sexo **MASCULINO** nacido el **11** de **Enero** de **2022**
a las **10:40** horas, en **Policlinico Epson Srl - Oberá**
Hijo de **Marcos Javier NOGUEIRA**
Doc. Ident. **DNI: 34.088.631** Nacionalidad: **ARGENTINA**
y de **Daiana Belen Lisandra VALIENTE**
Doc. Ident. **DNI: 37.219.396** Nacionalidad: **ARGENTINA**
Apellido **NOGUEIRA VALIENTE**
Según certificado de **OBSTETRA Guillermo MONSU**
Declarante **Marcos Javier NOGUEIRA** Doc. Ident. DNI: 34.088.631
Domicilio **Lautaro S.n - Bº Los Frutales - San Vicente**
Obra en virtud de **ser el PADRE**
Leída el acta firman conmigo el declarante y la madre. Hábiles Art. 64 - Ley 26994 y Art. SIN NRO - Disp. 812/2020

59.207.160



Alvaro Efrain
Daiana Belen Lisandra



JACOBUSKY CINTIA CAROLINA
Delegada Titular
Registro Provincial de las Personas

ff8f8944edf41574c163a02955e15032

MINISTERIO DEL INTERIOR
CERTIFICADO MÉDICO DE NACIMIENTO

MEDIANTE EL PRESENTE, SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HA ASISTIDO EL PARTO DE:

DATOS DE LA MADRE	APELLIDO/S: VALIENTE NOMBRE/S: DAIANA BELEN LISANDRA NACIONALIDAD: ARGENTINA PRESENTA DOCUMENTO: SI NO TIPO Y N° DE DOCUMENTO: DNI 37.219.396 DOMICILIO: B° LOS FRUTALES CALLE LAUTARO S/N	EDAD: 28 AÑOS	
SIENTO EL PARTO: SIMPLE <input checked="" type="checkbox"/> DOBLE <input type="checkbox"/> MÚLTIPLE <input type="checkbox"/> DEL QUE NACIERON VIVOS LA CANTIDAD DE:			
SEXO: MASCULINO PESO AL NACER: 3550 EDAD GESTACIONAL: 31 9 SEMANAS	FECHA DE NACIMIENTO: 11/01/2022 HORA DEL NAC.: 16:40 HORAS 40 MINUTOS		
LUGAR DEL NACIMIENTO: AV. JOSE INGENIEROS 86 OBERA NOMBRE SOLICITADO PARA INSCRIBIR: ÁLVARO EFRAÍN			
ESTABLECIMIENTO SANITARIO	NOMBRE: POLICLINICO EPSOM SRL DOMICILIO: AV. JOSE INGENIEROS 86	ESTABLECIMIENTO SANITARIO	<input checked="" type="checkbox"/> DOMICILIO

IMPRESIONES PAPILOSCOPICAS:



INSTRUCCIONES DE USO:
LEVANTE LA SOLAPA CORRESPONDIENTE Y TRANSFERIA LA IMAGEN DACTILAR EN UN SOLO CONTACTO, LUEGO CIERRE LA SOLAPA.

FIRMA DE LA MADRE

OBSERVACIONES DE LA TOMA DE IMPRESIONES:

EXPIDE EL CERTIFICADO, EN LA CIUDAD DE: **OBERA** PROVINCIA DE: **MISIONES**
A LOS **11** DIAS DEL MES DE **ENERO** DE **2022**

POR QUIEN SUSCRIBE EL PRESENTE:

MÉDICO PARtero	APELLIDO/S: MOJOSU NOMBRE/S: GUILHERMO MATRICULA PROFESIONAL: 1803
----------------	---

AGENTE SANITARIO	APELLIDO/S: MOJOSU NOMBRE/S: GUILHERMO MATRICULA: 1803
------------------	---

Dr. Guillermo Mojosu Médico Partero Residencia en Ginecología y Obstetricia CURSO 2012/2013 CURSO 2013/2014 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO PARTERO O AGENTE SANITARIO		POLICLINICO EPSOM Tel: (03759) 401134 - Fax: 406455 José Ingenieros N° 86 - Oberá, Misiones 30070204128-0	GERTIFICACION DE LA FIRMA DEL AGENTE SANITARIO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE DE SALUD Dr. Guillermo Mojosu Médico Partero Ginecología y Obstetricia FIRMA DEL CERTIFICADOR Curva
--	--	--	---

NOTIFICACIÓN DEL HECHO DEL NACIMIENTO POR EL HOSPITAL O SANATORIO

APPELLIDO Y NOMBRE:
TIPO Y N° DE DOCUMENTO:
INSTITUCIÓN:

Dr. Guillermo Mojosu
Médico Partero
Ginecología y Obstetricia
FIRMA DEL CERTIFICADOR
Curva

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Informe Estadístico de NACIDO VIVO

(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
4	Tomo	Folio	Acta	

2 Departamento o Partido

3 Delegación o Registro Civil Número

4 Tomo

Folio

Acta

DATOS DEL NACIDO

Apellido/s
MOLINERA VALIENTE

Nombre/s
ALVARO EFRAYN

5 Fecha de nacimiento...	D.N.I.	6 Sexo	Masculino 1 <input checked="" type="checkbox"/>	7 Cuál fue el peso del niño al nacer?
Día Mes Año 11/11/91 2022		Femenino 2 <input type="checkbox"/>	Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>	• gramos BSSO

8 Nació de un embarazo...

• Simple 1 → ir a pregunta siguiente

• Múltiple 2 → el que produj [] niños vivos, y [] defunciones fetales

9 Cuántas semanas completas duró la gestación?

• semanas completas []

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

Día Mes Año

11 El parto fue atendido por...

Médico/a 1

Enfermero/a 3

Comadre 5

Sin atención 7

Parto/a 2

Otro agente sanitario 4

Otros 6

12 Ocurrió en...

- Establecimiento de salud pública
- Establecimiento privado, obra social, etc.
- Vivienda (domicilio) particular
- Otro lugar (vía pública, transporte, etc.)

1
2 →
3
4 pasar a Preg. 13

Nombre del establecimiento: POLICLINICO EPSOM

Tel: (03755) 401134 Fax: 406455
José Ingenieros N° 86 - Oberá, Mnes
30-70906198-0

No usar []

13 Domicilio donde se produjo: Calle y N°/ Ruta y Km.: AV. JOSE TUGENICROS 86

Localidad/Paraje: OBERA

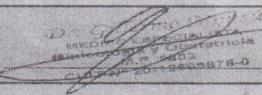
Departamento o Partido: OBERA

No usar []

Provincia: MISIONES

No usar []

Continúa al dorso →

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO			
MADRE	<p>14 Cuál es su edad? (años cumplidos) <input type="text" value="28"/> • Años</p> <p>16 Contado hasta el de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? <input type="text" value="01"/> • Embarazos</p> <p>18 Dónde vive habitualmente? Calle y N°/ Ruta y Km B° LOS FRUTALES CALLE LAUTARO s/0 Localidad / Paraje SAN V. CECUTE Departamento o partido GUARANI Provincia (o país para extranjeros) MISIONES País <input type="text" value=""/></p>		
PADRE	<p>15 Cuál es la fecha de nacimiento de la madre Día 19 Mes 01 Año 1981</p> <p>17 Entre todos estos embarazos Cuántos hijos nacidos vivos tuvo? <input type="text" value="01"/> • y cuántas defunciones fetales <input type="text" value=""/></p>		
PADRE/MADRE	<p>19 Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el sistema educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió <input type="checkbox" value="01"/> • S.E. No reformado <input type="checkbox" value="02"/> Incompleto <input type="checkbox" value="03"/> Completo <input type="checkbox" value="04"/> • Superior o universitario <input type="checkbox" value="06"/> <input type="checkbox" value="07"/> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • S.E. Reformado <input type="checkbox" value="11"/> Incompleto <input type="checkbox" value="12"/> Completo <input type="checkbox" value="13"/> - Ciclo EGB (1ro. y 2do.) <input type="checkbox" value="11"/> 12 <input type="checkbox" value="12"/> - Ciclo EGB (3ro.) <input type="checkbox" value="13"/> 14 <input type="checkbox" value="14"/> - Polimodal <input type="checkbox" value="15"/> 16 <input type="checkbox" value="16"/> </td> </tr> </table> <p>20 Perteñce o está asociada a: • Obra social <input checked="" type="checkbox"/> • Plan de salud privado o mutual <input type="checkbox"/> • Ambos <input type="checkbox"/> • Ninguno <input type="checkbox"/></p> <p>21 La madre convive o está en pareja? SI <input checked="" type="checkbox"/> Responder Preg. 22 23 24 y 25 con los datos del padre exclusivamente (ya sea casada o en unión de hecho) NO <input type="checkbox"/> Pasar a Preg. 24 y 25 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió <input type="checkbox" value="01"/> • S.E. No reformado <input type="checkbox" value="02"/> Incompleto <input type="checkbox" value="03"/> Completo <input type="checkbox" value="04"/> • Superior o universitario <input type="checkbox" value="06"/> <input type="checkbox" value="07"/> 	<ul style="list-style-type: none"> • S.E. Reformado <input type="checkbox" value="11"/> Incompleto <input type="checkbox" value="12"/> Completo <input type="checkbox" value="13"/> - Ciclo EGB (1ro. y 2do.) <input type="checkbox" value="11"/> 12 <input type="checkbox" value="12"/> - Ciclo EGB (3ro.) <input type="checkbox" value="13"/> 14 <input type="checkbox" value="14"/> - Polimodal <input type="checkbox" value="15"/> 16 <input type="checkbox" value="16"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió <input type="checkbox" value="01"/> • S.E. No reformado <input type="checkbox" value="02"/> Incompleto <input type="checkbox" value="03"/> Completo <input type="checkbox" value="04"/> • Superior o universitario <input type="checkbox" value="06"/> <input type="checkbox" value="07"/> 	<ul style="list-style-type: none"> • S.E. Reformado <input type="checkbox" value="11"/> Incompleto <input type="checkbox" value="12"/> Completo <input type="checkbox" value="13"/> - Ciclo EGB (1ro. y 2do.) <input type="checkbox" value="11"/> 12 <input type="checkbox" value="12"/> - Ciclo EGB (3ro.) <input type="checkbox" value="13"/> 14 <input type="checkbox" value="14"/> - Polimodal <input type="checkbox" value="15"/> 16 <input type="checkbox" value="16"/> 		
DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DEL NACIMIENTO QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO			
PADRE/MADRE	<p>22 Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el sistema educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió <input type="checkbox" value="01"/> • S.E. No reformado <input type="checkbox" value="02"/> Incompleto <input type="checkbox" value="03"/> Completo <input type="checkbox" value="04"/> • Superior o universitario <input type="checkbox" value="06"/> <input type="checkbox" value="07"/> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • S.E. Reformado <input type="checkbox" value="11"/> Incompleto <input type="checkbox" value="12"/> Completo <input type="checkbox" value="13"/> - Ciclo EGB (1ro. y 2do.) <input type="checkbox" value="11"/> 12 <input type="checkbox" value="12"/> - Ciclo EGB (3ro.) <input type="checkbox" value="13"/> 14 <input type="checkbox" value="14"/> - Polimodal <input type="checkbox" value="15"/> 16 <input type="checkbox" value="16"/> </td> </tr> </table> <p>23 Perteñce o está asociada a: • Obra social <input checked="" type="checkbox"/> • Plan de salud privado o mutual <input type="checkbox"/> • Ambos <input type="checkbox"/> • Ninguno <input type="checkbox"/></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió <input type="checkbox" value="01"/> • S.E. No reformado <input type="checkbox" value="02"/> Incompleto <input type="checkbox" value="03"/> Completo <input type="checkbox" value="04"/> • Superior o universitario <input type="checkbox" value="06"/> <input type="checkbox" value="07"/> 	<ul style="list-style-type: none"> • S.E. Reformado <input type="checkbox" value="11"/> Incompleto <input type="checkbox" value="12"/> Completo <input type="checkbox" value="13"/> - Ciclo EGB (1ro. y 2do.) <input type="checkbox" value="11"/> 12 <input type="checkbox" value="12"/> - Ciclo EGB (3ro.) <input type="checkbox" value="13"/> 14 <input type="checkbox" value="14"/> - Polimodal <input type="checkbox" value="15"/> 16 <input type="checkbox" value="16"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió <input type="checkbox" value="01"/> • S.E. No reformado <input type="checkbox" value="02"/> Incompleto <input type="checkbox" value="03"/> Completo <input type="checkbox" value="04"/> • Superior o universitario <input type="checkbox" value="06"/> <input type="checkbox" value="07"/> 	<ul style="list-style-type: none"> • S.E. Reformado <input type="checkbox" value="11"/> Incompleto <input type="checkbox" value="12"/> Completo <input type="checkbox" value="13"/> - Ciclo EGB (1ro. y 2do.) <input type="checkbox" value="11"/> 12 <input type="checkbox" value="12"/> - Ciclo EGB (3ro.) <input type="checkbox" value="13"/> 14 <input type="checkbox" value="14"/> - Polimodal <input type="checkbox" value="15"/> 16 <input type="checkbox" value="16"/> 		
DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DEL NACIMIENTO QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO			
PADRE/MADRE	<p>24 Cuál es su situación laboral? • Trabaja o está de licencia <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> • No trabaja <input type="checkbox"/> Busca trabajo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No busca trabajo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>25 Cuál es su ocupación habitual? EMPLEADO <input type="text" value=""/></p>		
PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME APELLIDO Y NOMBRE Monsu Guillermo FIRMA 			









CONSERVADO.

COMPROBANTE DE PAGO VALIDO.

RECTIFICACION DE DATOS

Conceptos

C38f9b5d0e5d41ca5e3a9a3b2d8d4e7

Nro. de referencia

Medio de pago	Cuotas	DNI
Fechta	Nro. Trans	
05/11/2025	07:37:12	353065330
Horas		
Visa Debito	1	37219396

\$ 5300,00

Importe Neto

TNA: 0%

\$ 0

CFT: 0%

\$ 5300,00

Importe Bruto

REGISTRO DE LAS PERSONAS MISIONES

Comprobante de pago

Click de Pago te informa la acreditación de tu pago.

Click de Pago

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. 3501-A-25, VALIENTE DAIANA BELEN LISANDRA S/ RECTIFICACION ACTA DE NACIMIENTO DE NOGUEIRA VALIENTE ALVARO EFRAIN".-

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. VALIENTE Daiana Belen Lisandra en su carácter de madre del menor, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 37.219.396 solicitando que se rectifique en el Acta de Nacimiento de NOGUEIRA VALIENTE Alvaro Efrain D.N.I. N° 59.207.160, (Acta 21-Tomo 1º-Año 2022, inscripto en Delegación R.P.P. de San Vicente-Mnes.) el nombre del inscripto, donde se consignó como: "Alvaro Efrain", debiendo ser con tilde: "Álvaro Efraín".-

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

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° 589/25
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES



Dr. MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ
Asesor Legal
Departamento Jurídico y Legalizaciones
Registro Provincial de las Personas

Posadas, 10 de Noviembre de 2025.

DISPOSICION N° 2292/25

Y VISTOS: CARATULADOS "EXPTE N° 3501-A-25, VALIENTE DAIANA BELEN LISANDRA S/ RECTIFICACION ACTA DE NACIMIENTO DE NOGUEIRA VALIENTE ALVARO EFRAIN".-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. VALIENTE Daiana Belen Lisandra en su carácter de madre del menor, acreditando su identidad con el D.N.I. N° 37.219.396 solicitando que se rectifique en el Acta de Nacimiento de NOGUEIRA VALIENTE Alvaro Efrain D.N.I. N° 59.207.160, (Acta 21-Tomo 1º-Año 2022, inscripto en Delegación R.P.P. de San Vicente-Mnes.) el nombre del inscripto, donde se consignó como: "Alvaro Efrain", debiendo ser con tilde: "Álvaro Efraín".-

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

Que se accede por Informe N° 589/25 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 Nacimiento de NOGUEIRA VALIENTE Alvaro Efrain, (Acta 21-Tomo 1º-Año 2022, inscripto en Delegación R.P.P. de San Vicente-Mnes.) el nombre del inscripto, siendo lo correcto con tilde: "Álvaro Efraín".-

ARTICULO 2: COMUNIQUESE, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación 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: 2025.11.10
09:33:45 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

21

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
1	21	2022

NACIMIENTO

En **Guarani - SAN VICENTE** Enero
República Argentina, a **Trece** de **Enero**
de **2022** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo el **NACIMIENTO**
de **Alvaro Efrain** D.N.I. N° **59.207.160**
Sexo **MASCULINO** nacido el **11** de **Enero** de **2022**
a las **10:40** horas, en **Policlinico Epson Srl - Oberá**
Hijo de **Marcos Javier NOGUEIRA**
PADRES Doc. Ident. **DNI: 34.088.631** Nacionalidad: **ARGENTINA**
y de **Daiana Belen Lisandra VALIENTE**
Doc. Ident. **DNI: 37.219.396** Nacionalidad: **ARGENTINA**
Apellido **NOGUEIRA VALIENTE**
DECLARANTE Según certificado de **OBSTETRA Guillermo MONSU**
Declarante **Marcos Javier NOGUEIRA** Doc. Ident. DNI: **34.088.631**
Domicilio **Lautaro S.n. - Bº Los Frutales - San Vicente**
Obra en virtud de **ser el PADRE**
Leída el acta firman conmigo el declarante y la madre. Hábiles Art. 64 - Ley 26994 y Art. SIN NRO - Disp. 812/2020

140

Rectificación
Disposición N° 2292/25 de fecha 10-11-2025. Expte N° 3501-A-25. ART. 1°
RECTIFIQUESE, en el Acta de Nacimiento de NOGUEIRA VALIENTE Alvaro Efrain,
(Acta 21- Tomo 1°- Año 2022, inscripto en Delegación R.P.P. de San Vicente- Mnes) el
nombre del inscripto, siendo lo correcto con tilde: 'Álvaro Efraín'.- ART. 2° y 3° de forma.
Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello.
Posadas- Misiones. 11-11-2025.



ELOISA ABACI SOSA
Jefa Depto. Inspectoría
Registro Provincial de las Personas

ff8f8944edf41574c163a02955e15032