

25/11/2025

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

SOLICITANTE

Nombre y Apellido	Estanislada SOSA		
DNI / C.I	17089839	Nacionalidad	ARGENTINA
Domicilio	COLONIA WANDA	Tel.Cel	3757632591
En carácter de:	MADRE DE LA INSCRIPTA/O		

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

ACTA Y DATOS A RECTIFICAR						
ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	30	1	30	2025	-----	-----
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCION			Año de fallecido: 1988		
Dato/s Correcto/s	Año de fallecido : 2025					

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.				

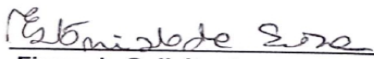
ADJUNTA COPIA DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA:

1	Acta de Defuncion	2	Copia certificado Médico
3	DNI de la solicitante.	4	Haga clic aquí para escribir texto.

OBSERVACIONES:

s/c. por Error de tipeo al confeccionar el acta

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.


 Firma de Solicitante




 Firma y Sello de Funcionario
 TALLER ELECTRONICO
 Legajo 17053
 3300 Tte. Col. Wanda Of. 2264
 Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de
las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

30

Tomo	Acta	Año
1	30	2025

DEFUNCIÓN

En Iguazú - COL. WANDA
República Argentina, a Doce de Agosto
de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de AMARAL Jorge Armando
Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado N/D
profesión N/D Doc. Ident DNI: 33863439
Domicilio Calle Agustin Albert S/n - Nueva Argentina - Colonia Wanda - Misiones
Hijo de:
y de:
Nacido en Misiones el 23 de Octubre de 1988
Ocurrida en: Calle Agustin Albert S/n - Nueva Argentina - Colonia Wanda - Misiones
El 12 de Agosto de 1988, a las 10:00 horas
Causa de la Defunción: Insuficiencia Respiratoria
Certificado Médico: MEDICO GUILLERMO MAURICIO GAMBERINI
Era cónyuge de:
Declarante: Diego Armando SEQUEIRA Doc. Ident: 33604978
Domicilio: Calle San Luis 240 - Puerto Esperanza - Misiones
Obra en Virtud de Ser del Servicio Funerario. Leida el Acta firma conmigo el declarante.
SEQUEIRA



MALAVEBA ELEUTERIO
Cesajo 17053
Delegado Titular Colonia Wanda Of. 2284
Registro Provincial de las Personas

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Fecha de Inscripción Dia Mes Año
12 08 2025

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

TOMO

FOLIO

ACTA

Iguazu

Colonia Wanda

1

30

30

CERTIFICO que Don/ña

AMARAL

JORGE ARMANDO

Varón ☒

Mujer ☐

D.N.I. / C.I.D.

33863439

Domiciliado/a en calle

AGUSTIN ALBERT

Nº

Localidad

Wanda

Provincia

Misiones

de 36 Años de edad, Nacido el

33

de OCTUBRE

de

1988

en Misiones

Estado Civil (1)

Nacionalidad

ARG

Profesión u ocupación

Ha fallecido de:

Enfermedad ☒

Muerte Violenta ☐

El Día

12

de AGOSTO

de 2025

a las 10:00

horas en:

Domicilio

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad?

Si ☐

No ☒

Lo atendió el médico

Si ☐

No ☒

que suscribe

No ☐

No ☒

No ☐

Causa de la defunción a)

Insuficiencia Respiratoria

b)

Perforación de la pared abdominal

Lugar donde ocurrió el hecho:

Domicilio

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Gambierini Guillermo

Matrícula Profesional Nº

4861

Nombre y Apellido

FORNIA

Nº

94

Dto.

Piso

Domicilio Profesional: Calle

FORNIA

Nº

94

Dto.

Piso

Localidad

Pto. El Pajarito

Teléfonos

480209

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar:

AGUSTIN ALBERT - WANDA - MISIONES

Fecha:

12

de AGOSTO

de 2025

2025

Guillermo Gambierini
Mat. Nac. 139272
Mat. Prov. 4861
Especialista en Medicina
Física y Sello del Médico

(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

Departamento o Partido

Delegación o Registro Civil

Número

Fecha de inscripción

Día

Mes

TOMO

FOLIO

DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Sólo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificante)

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte?

Si 1 ☒

No 2 ☐

→ Pasar a Preg.

Lo atendió el médico que suscribe?

CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

I) Enfermedad o condición patológica que le 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) LEUCOPLACIA RESPIRATORIA

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)

LEUCEMIA

c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)

PERFORACIÓN MANIPULATORIA

No Usar

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:

PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS

* Estuvo embarazada en los últimos doce meses?

Si 1 ☐

No 2 ☐

Se ignora 9 ☐

* Continuar abajo

* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?

Día

Mes

Año

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

DATOS DEL FALLECIDO

Apellidos

AMARAL

Nombres

JORGE ARMANDO

D.N.I. N°

33863439

Fecha de la defunción

11/11/2019

Fecha de nacimiento

23 DE OCTUBRE DE 1993

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

Años

136

Meses

Días

Horas

Minutos

Sexo

Masculino 1

Femenino 2

Indeterminado 3

Ocurrió en...

* Establecimiento de salud público

* Establecimiento privado, obra social, etc.

* Vivienda (domicilio) particular

* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

Nombre del establecimiento:

→ Pasar a Preg.

15

Domicilio donde se produjo:

Calle y N° / Ruta y Km.:

AGUSTIN ALBERTO

Localidad/Paraje

WANDA

Departamento o Partido

IGUAZU

Provincia

Misiones

Vivia habitualmente en:

Calle y N° / Ruta y Km.:

AGUSTIN ALBERTO

Localidad/Paraje

WANDA

Departamento o Partido

IGUAZU

Provincia (o país para extranjeros)

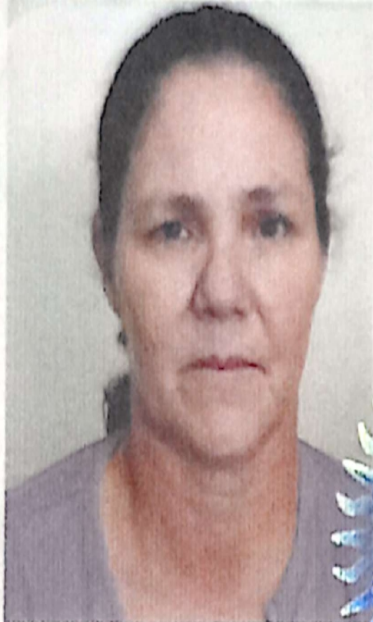
Misiones

Apis

Escaneado con CamScanner



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



Apellido / Surname
SOSA

Nombre / Name
ESTANISLADA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F **ARGENTINA** **B**

Fecha de nacimiento / Date of birth
07 MAY / MAY 1965

Fecha de emisión / Date of issue
19 FEB / FEB 2015

Estanislada Sosa

FIRMA IDENTIFICADO / SIGNATURE

Fecha de vencimiento / Date of expiry
19 FEB / FEB 2030

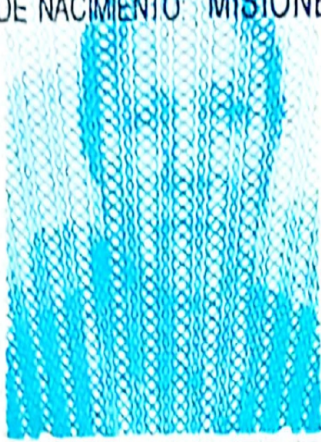
Documento / Document

17.089.839

Trámite N° / Of. ident.
00344890025
8228



DOMICILIO: AGUSTIN ALBERT S/N NUEVA ARGENTINA -
COLONIA WANDA - IGUAZÚ - MISIONES
LUGAR DE NACIMIENTO: MISIONES



Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior y Transporte



PULGAR

CUIL: 27-17089839-2

IDARG17089839<7<<<<<<<<<<<<<<<<
6505079F3002197ARG<<<<<<<<<<<<<6
SOSA<<ESTANISLADA<<<<<<<<<<<<<<

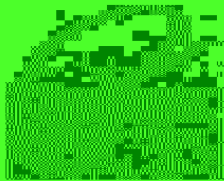
Posadas,.....

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. 3727-A-25, SOSA ESTANISLADA, S/
RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE AMARAL JORGE ARMANDO".-

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. SOSA Estanislada en su
carácter de madre del causante, solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de AMARAL
Jorge Armando D.N.I. N° 33.863.439, (Acta 30-Tomo 1°-Año 2025, inscrip

Delegación D.P.D.
"088" debiendo ser: "2025"



RECEBIDO EN EL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS
EL 10/05/2025 A LAS 10:00 HORAS

Posadas, 27 de Noviembre de 2025.

DISPOSICION N° 2445/25

Y VISTOS: CARATULADOS "EXPTE N° 3727-A-25, SOSA ESTANISLADA S/ RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION DE AMARAL JORGE ARMANDO".-

CONSIDERANDO:

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. SOSA Estanislada en su carácter de madre del causante, solicitando que se rectifique en el Acta de Defunción de AMARAL Jorge Armando D.N.I. N° 33.863.439, (Acta 30-Tomo 1°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Wanda-Mnes.) el año de fallecimiento, donde se consignó como: "1988", debiendo ser: "2025".-

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 madre.-

Que se accede por informe N° 619/25 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 la inscripción de Defunción de AMARAL Jorge Armando, (Acta N°: 30 -Tomo: 1°- Año: 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Wanda-Mnes.) el año de fallecimiento, siendo lo correcto: "2025".-

ARTICULO 2: COMUNIQUESE, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación de Wanda-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: 2025.11.28
07:50:17 -03'00'