

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	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
Defunción	30	1	30	2025	-----	-----
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCIÓN			Año de fallecido: 1988		
Dato/s Correcto/s	Año de fallecido : 2025					

ACTA	NUMERO	TOMO	FOLIO	AÑO	DELEGACIÓN	COPIA
--					-----	-----
Dato/s Incorrecto/s	ELEGIR OPCIÓN			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 OPCIÓN			Haga clic aquí para escribir texto.		
Dato/s Correcto/s	Haga clic aquí para escribir texto.					

ADJUNTA COPIA DE DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA:

1	Acta de Defunción	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.

Estanislada SOSA
Firma de Solicitante



Firma y Sello de Funcionario
ESTANISLADA SOSA
DNI 17089839
Jefe Titular Colonia Wanda Of. 2264
Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de
las Personas

30

REPUBLICA ARGENTINA

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 Agustín Albert S/n - Nueva Argentina - Colonia Wanda - Misiones**
Hijo de:
y de:
Nacido en **Misiones** el **23** de **Octubre** de **1988**
Ocurrida en: **Calle Agustín 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.**
SEGUÍR



ALAVERA ELEUTERIO
Calle 17053
Delegado Titular Colonia Wanda Of 2284
Registro Provincial de las Personas

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de Inscripción 12 08 2023

Dia Mes Año

TOMO

FOLIO

ACTA

1

30

30

Varón Mujer

CERTIFICO que Don/ña AMARAL JORGE ARMANDO DNI/LC. 33863439		Domiciliado/a en calle AGUINIU ALBERTO		Nº
Localidad WAWA Provincia MIKIUE		de 36 Años de edad, Nacido el 33 de OCTUBRE de 1988		
en WAWA Estado Civil (1)		Nacionalidad ARG		Profesión u ocupación
Ha fallecido de: Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>		Muerte Violenta <input type="checkbox"/> El Día 12 de AGOSTO de 2023 a las 6:00 horas en Domicilio		
Tuvo atención médica durante la enfermedad		Si 1 <input type="checkbox"/>	Lo atendió el médico	Si 1 <input type="checkbox"/>
o lesión que le produjo la muerte?		No 2 <input checked="" type="checkbox"/>	que suscribe	No 2 <input type="checkbox"/>
Causa de la defunción a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA b) PERDIDA DE AIREAMINOS				
Lugar donde ocurrió el hecho: Domicilio				
PROFESIONAL CERTIFICANTE Nombre y Apellidos Guillermo Gamberini		Matrícula Profesional Nº 4861		
Domicilio Profesional: Calle FORUMA		Nº 94	Dto.	Piso
Localidad Pto. EN PARGUERA		Teléfonos 480209		
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:				
Lugar: AGUINIU ALBERTO - WAWA - MUEC				
Fecha: 12 de Agosto de 2023				

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

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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

② Departamento o Partido

③ Delegación o Registro Civil

Número

④ Fecha de Inscripción Día Mes
TOMO FOLIO

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

2

No

1

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291



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

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

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

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

Established 1900.

FIRMA IDENTIFICADO/ SIGNATURE

Documento / Document

17.089.839

Trámite N° 1201 ident.

00344890025
8228



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

CUIL: 27-17089839-2

Cr. A. Florencio Randazzo
Ministro del Interior y Transporte

PULGAR



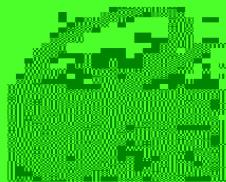
2025 - "Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el Abuso, la Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por la Accesibilidad Digital para Personas con Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la 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. 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 1º-Año 2025, inscripción 088) la fecha de defunción "2025".



.....
.....

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 Firmado digitalmente
Paula Brigida por ECHEVERRIA Paula
Brigida
Fecha: 2025.11.28
07:50:17 -03'00'