

27/11/2025

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

**SOLICITANTE**

|                   |                    |              |            |
|-------------------|--------------------|--------------|------------|
| Nombre y Apellido | SOSA SILVIA RAQUEL |              |            |
| DNI / C.I         | 21305652           | Nacionalidad | ARGENTINA  |
| Domicilio         | CORDOBA 54-OBERA   | Tel.Cel      | 3755576173 |
| En carácter de:   | DELEGADA DEL RPP   |              |            |

**ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR**

| ACTA                | NUMERO | TOMO                    | FOLIO | AÑO      | DELEGACIÓN | COPIA              |
|---------------------|--------|-------------------------|-------|----------|------------|--------------------|
| Nacimiento          | 716    | 4                       | 116   | 2025     | OBERA 1°   | ARCHIVO/DELEGACION |
| Dato/s Incorrecto/s |        | Sexo del/la Inscripto/a |       | FEMENINO |            |                    |
| Dato/s Correcto/s   |        | MASCULINO               |       |          |            |                    |

| 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 | CERTIFICADO NACIDO VIVO             | 2 | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 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.

**SILVIA RAQUEL SOSA**  
Delegada Titular  
Registro Provincial de las Personas

Firma de Solicitante

Firma y Sello de Funcionario



## REPUBLICA ARGENTINA

116

| Tomo | Acta | Año  |
|------|------|------|
| 4    | 716  | 2025 |

NACIMIENTO

En **Oberá - OBERA**  
República Argentina, a **Once** de **Noviembre**  
de **2025**. Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo el **NACIMIENTO**  
de **Lautaro Benjamín** D.N.I. N° **70.865.921**  
Sexo **FEMENINO** nacido el **10** de **Noviembre** de **2025**  
a las **13:55** horas, en **Instituto Nercolini - Oberá**  
Hijo de **Roberto Luis ALVEZ**  
Doc. Ident. **DNI: 33.613.094** Nacionalidad: **ARGENTINA**  
y de **Romina Beatriz LINDEMANN**  
Doc. Ident. **DNI: 36.097.668** Nacionalidad: **ARGENTINA**  
Apellido **ALVEZ LINDEMANN**  
Según certificado de **MEDICO JAVIER ALEJANDRO VARGAS**  
Declarante **Roberto Luis ALVEZ** Doc. Ident. **DNI: 33.613.094**  
Domicilio **- Guaraní**  
Obra en virtud de **ser el PADRE**

Leída el acta firman conmigo el declarante y la madre. Hábiles Art. 64 - Ley 26994



SILVIA RAQUEL SOSA  
Delegada Titular  
Registro Provincial de las Personas

8648e4db0bacdd984c1f8d4848277312

# MINISTERIO DEL INTERIOR

## CERTIFICADO MEDICO DE NACIMIENTO

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

|                    |                    |           |                         |            |
|--------------------|--------------------|-----------|-------------------------|------------|
| DATOS DE LA MADRE  | APELLIDO/S:        | BANDERMAN |                         |            |
|                    | NOMBRE/S:          | Romina    |                         |            |
|                    | NACIONALIDAD:      | ARG       | EDAD:                   | 32         |
|                    | PRESENTA DOCUMENTO | SI        | TIPO Y N° DE DOCUMENTO: | 36.097-668 |
| DOMICILIO: Quilmes |                    |           |                         |            |

|                                                    |                   |                                            |                                    |                                   |                                        |  |
|----------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|--|
| DATOS DEL RECIÉN NACIDO                            | SIENDO EL PARTO:  | SIMPLE <input checked="" type="checkbox"/> | DOBLE <input type="checkbox"/>     | MÚLTIPLE <input type="checkbox"/> | DEL QUE NACIERON VIVOS LA CANTIDAD DE: |  |
|                                                    | SEXO:             | Masculino                                  | FECHA DE NACIMIENTO:               |                                   |                                        |  |
|                                                    | PESO AL NACER:    | 3050g                                      | HORA DEL NAC.: 13 HORAS 55 MINUTOS |                                   |                                        |  |
|                                                    | EDAD GESTACIONAL: | 39 SEMANAS                                 | LUGAR DEL NACIMIENTO:              |                                   |                                        |  |
|                                                    | Lugar: Montecolón |                                            |                                    |                                   |                                        |  |
| NOMBRE SOLICITADO PARA INSCRIBIR: Lautalo Benjamin |                   |                                            |                                    |                                   |                                        |  |

|                               |            |                           |                           |                                     |           |                          |
|-------------------------------|------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|
| EL PARTO HA SIDO ASISTIDO EN: |            | (marcar cual corresponda) | ESTABLECIMIENTO SANITARIO | <input checked="" type="checkbox"/> | DOMICILIO | <input type="checkbox"/> |
| ESTABLECIMIENTO SANITARIO     | NOMBRE:    | MST Montecolón            |                           |                                     |           |                          |
|                               | DOMICILIO: | CHUBUT 15                 |                           |                                     |           |                          |

### IMPRESIONES PAPILOSCÓPICAS:

|                                      |                                     |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| IMPRESION PLUGAR DERECHA DE LA MADRE | IMPRESION PLUGAR DERECHA DEL NACIDO |
|                                      |                                     |

**INSTRUCCIONES DE USO:**  
LEVANTE LA SOLAPA CORRESPONDIENTE Y TRANSFIERA 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: Quilmes, A LOS 11 DÍAS DEL MES DE: NOV DE 2015. PROVINCIA DE: Mendoza

### POR QUIEN SUSCRIBE EL PRESENTE:

|                  |                        |        |
|------------------|------------------------|--------|
| MEDICO O PARTERO | APELLIDO/S:            | VARGAS |
|                  | NOMBRE/S:              | MICHA  |
|                  | MATRICULA PROFESIONAL: | 4695   |
| AGENTE SANITARIO | APELLIDO/S:            |        |
|                  | NOMBRE/S:              |        |
|                  | MATRICULA:             |        |

|                                                                     |                                     |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| FIRMA Y SELLO DEL AGENTE SANITARIO                                  | SELLO DEL AGENTE SANITARIO          | CERTIFICACIÓN DE LA FIRMA DEL AGENTE SANITARIO POR LA AUTORIDAD COMPETENTE DE SALUD |
| Dr. J. Vargas<br>Especialista en Ginecología y Obstetricia<br>M. 15 | INSTITUTO MENDOCINO<br>CHUBUT N. 15 |                                                                                     |

|                                                                   |                       |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| NOTIFICACIÓN DEL HECHO DEL NACIMIENTO POR EL HOSPITAL O SANATORIO |                       |
| APELLIDO Y NOMBRE:                                                |                       |
| TIPO Y N° DE DOCUMENTO:                                           |                       |
| INSTITUCIÓN:                                                      | FIRMA DEL NOTIFICADOR |

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. 3748-A-25, SOSA SILVIA RAQUEL S/ RECTIFICACION ACTA DE NACIMIENTO DE ALVEZ LINDEMANN LAUTARO BENJAMIN".-

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. SOSA Silvia Raquel en su carácter de Delegada del R.P.P., acreditando su identidad con el D.N.I. N° 21.305.652 solicitando que se rectifique en el Acta de Nacimiento de ALVEZ LINDEMANN Lautaro Benjamin D.N.I. N° 70.865.921, (Acta 716-Tomo 4°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Obera-Mnes.) el sexo del inscripto, donde se consignó como: "Femenino", debiendo ser: "**Masculino**".-

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.-

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° 624/25  
DEPTO JURÍDICO Y LEGALIZACIONES

  
Dra. MARÍA ALEJANDRA BENÍTEZ  
ABOGADO LEGAL  
Dep. Jurídico y Legalizaciones  
Registro Provincial de las Personas

Posadas, 02 diciembre de 2025.

**DISPOSICION N° 2458/25**

Y VISTOS: CARATULADOS "EXPTE N° 3748-A-25, SOSA SILVIA RAQUEL S/ RECTIFICACION ACTA DE NACIMIENTO DE ALVEZ LINDEMANN LAUTARO BENJAMIN".-

**CONSIDERANDO:**

Que a fs. 01 Se presenta la Sra. SOSA Silvia Raquel en su carácter de Delegada del R.P.P., acreditando su identidad con el D.N.I. N° 21.305.652 solicitando que se rectifique en el Acta de Nacimiento de ALVEZ LINDEMANN Lautaro Benjamin D.N.I. N° 70.865.921, (Acta 716-Tomo 4°-Año 2025, inscripto en Delegación R.P.P. de Oberá-Mnes.) el sexo del inscripto, donde se consignó como: "Femenino", debiendo ser: "Masculino".-

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.-

Que se accede por Informe N° 624/25 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 Nacimiento de **ALVEZ LINDEMANN Lautaro Benjamín**, registrada bajo: (Acta N°: 716- Tomo: 4°- Año: 2025, en la Delegación R.P.P. de Oberá-Mnes.) el sexo del inscripto, siendo lo correcto: "Masculino".-

**ARTICULO 2:** COMUNIQUESE, oportunamente, por Departamento Despacho del R.P.P. a la Delegación de Oberá-Mnes. a los efectos de cumplimiento.-

**ARTICULO 3:** REGISTRESE, Comuníquese, cumplido, ARCHIVESE por Departamento Despacho del Registro Provincial de las Personas.-

ECHEVERRIA  
Paula Brigida

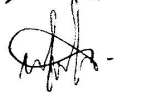
Firmado digitalmente  
por ECHEVERRIA Paula  
Brigida  
Fecha: 2025.12.02  
08:45:47 -03'00'

| Tomo | Acta | Año  |
|------|------|------|
| 4    | 716  | 2025 |

NACIMIENTO

En **Oberá - OBERA**  
República Argentina, a **Once** de **Noviembre**  
de **2025** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo el **NACIMIENTO**  
de **Lautaro Benjamín** D.N.I. N° **70.865.921**  
Sexo **FEMENINO** nacido el **10** de **Noviembre** de **2025**  
a las **13:55** horas, en **Instituto Nercolini - Oberá**  
Hijo de **Roberto Luis ALVEZ**  
Doc. Ident. **DNI: 33.613.094** Nacionalidad: **ARGENTINA**  
y de **Romina Beatriz LINDEMANN**  
Doc. Ident. **DNI: 36.097.668** Nacionalidad: **ARGENTINA**  
Apellido **ALVEZ LINDEMANN**  
Según certificado de **MEDICO JAVIER ALEJANDRO VARGAS**  
Declarante **Roberto Luis ALVEZ** Doc. Ident. **DNI: 33.613.094**  
Domicilio **- Guaraní**  
Obra en virtud de **ser el PADRE**

Leída el acta firman conmigo el declarante y la madre. Hábiles Art. 64 - Ley 26994



**SILVIA RAQUEL SOSA**  
Delegada Titular  
Registro Provincial de las Personas

8648e4db0bacdd984c1f8d4848277312

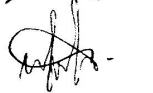


| Tomo | Acta | Año  |
|------|------|------|
| 4    | 716  | 2025 |

NACIMIENTO

En **Oberá - OBERA**  
República Argentina, a **Once** de **Noviembre**  
de **2025**. Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo el **NACIMIENTO**  
de **Lautaro Benjamín** D.N.I. N° **70.865.921**  
Sexo **FEMENINO** nacido el **10** de **Noviembre** de **2025**  
a las **13:55** horas, en **Instituto Nercolini - Oberá**  
Hijo de **Roberto Luis ALVEZ**  
Doc. Ident. **DNI: 33.613.094** Nacionalidad: **ARGENTINA**  
y de **Romina Beatriz LINDEMANN**  
Doc. Ident. **DNI: 36.097.668** Nacionalidad: **ARGENTINA**  
Apellido **ALVEZ LINDEMANN**  
Según certificado de **MEDICO JAVIER ALEJANDRO VARGAS**  
Declarante **Roberto Luis ALVEZ** Doc. Ident. **DNI: 33.613.094**  
Domicilio **- Guaraní**  
Obra en virtud de **ser el PADRE**

Leída el acta firman conmigo el declarante y la madre. Hábiles Art. 64 - Ley 26994



**SILVIA RAQUEL SOSA**  
Delegada Titular  
Registro Provincial de las Personas

8648e4db0bacdd984c1f8d4848277312

