

30/12/2025

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

SOLICITANTE

| | | | |
|-------------------|---------------------------|--------------|---|
| Nombre y Apellido | Casadella Estela Lidia | | |
| DNI / C.I | 22130947 | Nacionalidad | - |
| Domicilio | Av san Martin Av Uruquiza | Tel.Cel | - |
| En carácter de: | DELEGADA DEL RPP | | |

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

| ACTA | NUMERO | TOMO | FOLIO | AÑO | DELEGACIÓN | COPIA |
|---------------------|---|------|-------|---|------------|-------|
| Defunción | 2843 | 15 | 43 | 2025 | ----- | ----- |
| Dato/s Incorrecto/s | ELEGIR OPCION | | | Dice Sanatorio Boratti -Av Mitre N° 2330-Posadas - Misiones | | |
| Dato/s Correcto/s | Debe Decir Sanatorio Integral - IOT - Bolivar | | | | | |

| 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 | Fotocopia de estadistico |
| 3 | Haga clic aquí para escribir texto. | 4 | Haga clic aquí para escribir texto. |

OBSERVACIONES:

roses.milton@gmail.com -- Num de Cel 3794-695350

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

Firma de Solicitante



Firma y Sello de Funcionario
CASADELLA ESTELA LIDIA
Firma Autorizada
Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

| | | |
|------|------|------|
| Tomo | Acta | Año |
| 15 | 2843 | 2025 |

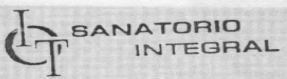
DEFUNCIÓN

En Capital - SECC. 1° CENTRO
 República Argentina, a Trece de Diciembre
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de ROSÉS Milton Daniel
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión _____ Doc. Ident DNI: 12416382
 Domicilio Jaureche S/N CH 193- Casa 21 Mz A - Posadas - Misiones
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en Provincia De Misiones el 24 de Octubre de 1958
 Ocurrida en: Sanatorio Boratti - Av. Mitre N° 2330 - Posadas - Misiones
 El 12 de Diciembre de 2025, a las 04:15 horas
 Causa de la Defunción: Paro Cardio Respiratorio - Cancer Metastasisico
 Certificado Médico: MEDICO MARIANA BELEN CHAVES SAWCZUK
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: Brenda Jessica LIRA Doc. Ident: 37212277
 Domicilio: Catamarca N° 1764 - Posadas - Misiones
 Obra en Virtud de ser la empleada de la empresa fúnebre. Leída el acta firma conmigo la declarante.



CASADELLA PAULINA
 Firmante
 Registro Provincial de las Personas

Provincia de Misiones
Ministerio de Salud Pública
Programa Nacional de Estadística de Salud
CERTIFICADO DE DEFUNCION



Formulario de Entrega Gratuita

Fecha de Inscripción **13 Dic 2025**
TOMO **15** FOLIO **43** ACTA **2843**

DEPARTAMENTO **Capital** REGISTRO CIVIL DE **Seco Luján** NUMERO **1483**

CERTIFICO que Don/ña **Roscos Milton Daniel** Varón Mujer
 D.N. / L.C. / C.I. **12.416.382** Domiciliado/a en calle **LAURENCE CH 123** Nº **S/N**
 Localidad **Posadas Capital** Provincia **Misiones** de **67** Años de edad, Nacido el **24** de **enero** de **1958**
 en **Prov. Misiones** Estado Civil (1) _____ Nacionalidad **Argentina** Profesión u ocupación _____
 Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día **12** de **Diciembre** de 200**5** a las **4:15** horas en: **Posadas**
 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Si 1 No 2 Lo atendió el médico que suscribe Si 1 No 2
 o lesión que le produjo la muerte? _____
 Causa de la defunción a) **Procedimientos para morir** b) **Condor metastásico**
 Lugar donde ocurrió el hecho: **Sanatorio Dut**
 PROFESIONAL CERTIFICANTE
 Nombre y Apellido **Mariana Chaves Sch...** Matricula Profesional Nº **1107308**
 Domicilio Profesional: Calle **Franco** Nº **812** Dto. _____ Piso _____
 Localidad **Oberá** Teléfonos _____
 LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
 Lugar: **Posadas Misiones**
 Fecha: **12** de **Diciembre** de 200**5**

Mariana Chaves Sch...
Médica
M.P. 1107308
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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



MINISTERIO DE GOBIERNO
REGISTRO PROVINCIAL
DE LAS PERSONAS

2026- "Año de la concientización y abordaje de las enfermedades poco frecuentes, de la prevención de consumos problemáticos y adicciones, del uso responsable de la tecnología, de la innovación en la chacra y de las democracias inteligentes"

05 de enero del 2026, Posadas Misiones

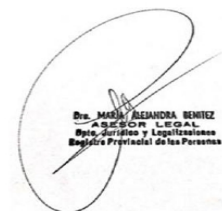
EXPTE N° 4175-A- 2025 Reg.
DGRPP caratulados: "
S/RECTIFICACION ACTA DE
DEFUNCION ROSES MILTON
DANIEL"

**SEÑORA DIRECTORA GENERAL DEL
REGISTRÓ PROVINCIAL DE LAS PERSONAS:**

Cotejadas y analizadas la documentales acompañadas, este Departamento Jurídico y Legalizaciones del R.P.P. entiende que, salvo mejor criterio, corresponde hacer lugar a la adición de apellido solicitada a fs.1; dando el visto bueno, todo ello en virtud de lo previsto por el Art. 85 ley N° 26413 y normativas concordantes.-

Así opino.-

ASESORÍA LETRADA DEL R.P.P.



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



Posadas, 20 de Enero de 2026.

DISPOSICIÓN N° 121/26

VISTOS:

| | |
|----------|--|
| CARATULA | EXPTE N° 4175-A- 2025 Reg. DGRPP caratulados: " S/RECTIFICACION ACTA DE DEFUNCION ROSES MILTON DANIEL" |
|----------|--|

CONSIDERANDO:

| | |
|-----------------|------------------------|
| SOLICITANTE | CASADELLA ESTELA LIDIA |
| DNI | 22.130.947 |
| En carácter de: | FIRMA AUTORIZADA |

| ACTA | NUMERO | TOMO | FOLIO | AÑO | DELEGACIÓN | COPIA |
|-----------|--------|------|-------|------|-----------------|--------------------|
| Defunción | 2843 | 15 | 43 | 2025 | POSADAS SECC. I | ARCHIVO/DELEGACIÓN |

QUE, corresponde encuadrar el presente trámite dentro del marco normativo establecido por el Artículo 85 de la Ley N° 26413, Ley I – N° 89 (Antes Ley 2970) y normativas concordantes, conforme lo dictaminado oportunamente por el Departamento Jurídico y Legalizaciones, en los presentes autos trámite;

POR ELLO:

LA DIRECTORA GENERAL DEL REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS DISPONE:

ARTICULO 1°: **RECTIFÍQUESE** mediante nota marginal en el acta que a continuación se describe:

| ACTA | NUMERO | TOMO | FOLIO | AÑO | DELEGACIÓN | COPIA |
|-----------|--------|------|-------|------|-----------------|--------------------|
| Defunción | 2843 | 15 | 43 | 2025 | POSADAS SECC. I | ARCHIVO/DELEGACIÓN |

el siguiente dato: lugar donde ocurrió el deceso, debiendo ser: "**Sanatorio Integral IOT-Bolívar 2376- Posadas- Misiones**".

ARTICULO 2°: **COMUNÍQUESE** oportunamente, por Departamento Despacho del D.G.R.P.P a la Delegación que correspondiere, a los efectos del efectivo cumplimiento de la presente disposición.-

ARTICULO 3°: **REGÍSTRESE**, Comuníquese, cumplido, **ARCHÍVESE** por Departamento Despacho del Registro Provincial de las Personas.-

ECHEVERRIA Paula Brigida
Firmado digitalmente por ECHEVERRIA Paula Brigida
Fecha: 2026.01.21 11:03:25 -03'00'



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

43

| Tomo | Acta | Año |
|------|------|------|
| 15 | 2843 | 2025 |

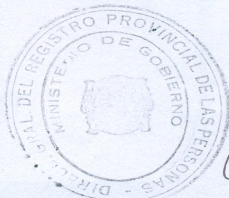
DEFUNCIÓN

En Capital - SECC. 1° CENTRO
 República Argentina, a Trece de Diciembre
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de _____
ROSÉS Milton Daniel
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión _____ Doc. Ident DNI: 12416382
 Domicilio Jaureche S/N CH 193- Casa 21 Mz A - Posadas - Misiones
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en Provincia De Misiones el 24 de Octubre de 1958
 Ocurrida en: Sanatorio Boratti - Av. Mitre N° 2330 - Posadas - Misiones
 El 12 de Diciembre de 2025, a las 04:15 horas
 Causa de la Defunción: Paro Cardio Respiratorio - Cancer Metastatico
 Certificado Médico: MEDICO MARIANA BELEN CHAVES SAWCZUK
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: Brenda Jessica LIRA Doc. Ident: 37212277
 Domicilio: Catamarca N° 1764 - Posadas - Misiones
 Obra en Virtud de ser la empleada de la empresa fúnebre. Leída el acta firma conmigo la declarante.

8

Rectificación

Disposición N° 121/26 de fecha 20-01-2026. Expte N° 4175-A-25. ART. 1° RECTIFIQUESE, mediante nota marginal en el acta que a continuación se describe: Acta Defunción- Numero 2843- Tomo 15- Folio 43- Año 2025, Delegación Posadas Sec. 1- Copia Archivo/ Delegación, el siguiente dato: lugar donde ocurrió el deceso, siendo lo correcto: "Sanatorio Integral IOT-Bolívar 2376- Posadas- Misiones".- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Dra. Paula Brígida Echeverría, Directora General del R.P.P. Hay un sello. Posadas- Misiones. 22-01-2026.



VIVIANA C. R. CASTILLO
 Jefe Dpto. Despacho
 Registro Provincial de las Personas

3e247b248fc4cf04a2e8a72222f6690