

30/03/2023

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

SOLICITANTE

| | | | |
|-------------------|------------------------------|--------------|-------------|
| Nombre y Apellido | GABRIELA VERONICA LABAN | | |
| DNI / C.I | 20338825 | Nacionalidad | ARGENTINA |
| Domicilio | GUIMARAES 28, ELDORADO MNES. | Tel.Cel | 3751/679640 |
| En carácter de: | AUXILIAR A CARGO | | |

ACTA/S Y DATOS A RECTIFICAR

| ACTA | NUMERO | TOMO | FOLIO | AÑO | DELEGACIÓN | COPIA |
|-----------|--------|------|-------|------|---------------|-------|
| DEFUNCIÓN | 141 | 01 | 141 | 2025 | ELDORADO KM 2 | ----- |

| | | |
|---------------------|----------------------------------|----------------|
| Dato/s Incorrecto/s | AÑO EN QUE FALLECIO LA CIUDADANA | DICE: AÑO 2024 |
| Dato/s Correcto/s | DEBE DECIR : AÑO 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 | ESTADISTICO DE FALLECIMIENTO | 2 | COPIA DE DNI DE LA FALLECIDA (ARCHIVO DE LA OFICINA) |
| 3 | ACTA DE DEFUNCIÓN SACADA DEL SISTEMAYA QUE LOS LIBROS ESTAN EN DIRECCION GENERAL | 4 | Haga clic aquí para escribir texto. |

OBSERVACIONES:

ENVIAR A: cdreldoradokm2@gmail.com

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

Firma de Solicitante



Firma y Sello de Funcionario

GABRIELA VERONICA LABAN
Firma Autorizada
Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

| Tomo | Acta | Año |
|------|------|------|
| 1 | 141 | 2025 |

DEFUNCIÓN

En Eldorado - ELDORADO KM. 2
 República Argentina, a Catorce de Julio
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de GIMENEZ AURORA
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión JUBILADA Doc. Ident DNI: 6431259
 Domicilio STHER S/N, ANTIGUO CENTRO KM 2, ELDORADO, MNES.
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en PROV. DE MISIONES el 08 de Diciembre de 1950
 Ocurrida en: HOSPITAL SAMIC, ELDORADO, MNES.
 El 10 de Julio de 2024, a las 15:20 horas
 Causa de la Defunción: ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR HEMORRAGICO, MUERTE ENCEFALICA
 Certificado Médico: MEDICO VIDAL ROBERTO VELAZQUEZ
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: CINTHIA VANESA MARCOVICH HARTMANT Doc. Ident: 18831707
 Domicilio: B° EL TUCAN KM 4, ELDORADO, MNES.
 Obra en Virtud de SER DE EMPRESA FUNERARIA. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO LA DECLARANTE.

Paraguay de Misiones
 Ministerio de Salud Pública
 Programa Nacional de Estadísticas de Salud
CERTIFICADO DE DEFUNCION

Comunicación de Defunción

Fecha de inscripción: 14/07/2015
 TOMO: 01 FOLIO: 191 ACTA: 191

DEPARTAMENTO: Eldorado | REGISTRO CIVIL DE: Eldorado | NUMERO: 2724

CERIFICO que Don/ña: James Amador Varón Mujer
 D.N.I. / C.I. / C.I.: 64317258 Domiciliado/a en calle: St. Per 70
 Localidad: Eldorado Provincia: Misiones de 74 Años de edad, Nacido el 6 de Diciembre de 1940
 en Misiones Estado Civil (1): Viudo Nacionalidad: Argentina Profesión u ocupación: Jubilado
 en fallecido de: Enfermedad Suerte Vicaria Si No de 10 de Julio de 2015 a las 6 Horas en Eldorado

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le produjo la muerte? Si No
 Causa de la defunción a) Para cardiopulmonar b) que atribuye
 Lugar donde ocurrió el hecho: km 2 St. Per 70

PROFESIONAL CERTIFICANTE
 Nombre y Apellido: Culman Edmundo Matrícula Profesional N°: 4472
 Domicilio Profesional: Calle T. Infante N° 514 Dto. ... Pcia. ...
 Localidad: Eldorado Teléfono: 426466

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
 Lugar: Eldorado
 Fecha: 12 de Julio de 2015

Dr. EDUARDO R. BULTRAGLIA
 MEDICO GENERAL
 Exp. en Medicina Gral. y Familiar
 M.P. 4472
 FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Para el Registro Civil - Vector Legal



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

141

| Tomo | Acta | Año |
|------|------|------|
| 1 | 141 | 2025 |

DEFUNCIÓN

En Eldorado - ELDORADO KM. 2
República Argentina, a Catorce de Julio
de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de GIMENEZ AURORA
Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA
estado N/D
profesión JUBILADA Doc. Ident DNI: 6431259
Domicilio STHER S/N, ANTIGUO CENTRO KM 2, ELDORADO, MNES.
Hijo de: _____
y de: _____
Nacido en PROV. DE MISIONES el 08 de Diciembre de 1950
Ocurrida en: HOSPITAL SAMIC, ELDORADO, MNES.
El 10 de Julio de 2024, a las 15:20 horas
Causa de la Defunción: ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR HEMORRAGICO, MUERTE ENCEFALICA
Certificado Médico: MEDICO VIDAL ROBERTO VELAZQUEZ
Era cónyuge de: _____
Declarante: CINTHIA VANESA MARCOVICH HARTMANT Doc. Ident: 18831707
Domicilio: B° EL TUCAN KM 4, ELDORADO, MNES.
Obra en Virtud de SER DE EMPRESA FUNERARIA. LEÍDA EL ACTA FIRMA CONMIGO LA DECLARANTE.

28

Rectificación

Disposición N° 421/26 de fecha 03-03-2026. Expte. N° 457-A-2026. ART. 1° RECTIFÍQUESE, mediante nota marginal, en la inscripción que a continuación se describe: Acta Defunción- Número 141- Tomo 1°- Año 2025- Delegación Eldorado Km 2- Copia Archivo/ Delegación, el siguiente dato: el año de fallecimiento, siendo el correcto: 2025.- ART. 2° y 3° de forma. Firmado Viviana Cristina Raquel Castillo, Jefa de despacho del R.P.P. Hay un sello. Posadas, Misiones. 03-03-2026.



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

d3348a3dadfef1f9b682732b6a70fe9b