



ACTA NUM. \_\_\_\_\_

FECHA DE REG. \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE DEFUNCIÓN

DECLARO QUE TODOS LOS DATOS ASENTADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS Y QUE ESTOY ENTERADO (A) DE QUE LOS MISMOS SERÁN ASENTADOS EN EL ACTA DE DEFUNCIÓN, POR LO QUE NO PODRÉ REALIZAR NINGÚN CAMBIO POSTERIOR SI NO POR LA VIA JUDICIAL O ADMINISTRATIVA QUE CONFORME A DERECHO CORRESPONDA.

### DATOS DEL FINADO

NOMBRE DEL FINADO:

\_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO:

\_\_\_\_\_

DOMICILIO ACTUAL:

\_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ INGRESO MENSUAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CÓNYUGE: \_\_\_\_\_ VIVE: (SI)(NO)

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ VIVE: (SI)(NO)

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ VIVE: (SI)(NO)

FECHA DE DEFUNCIÓN: \_\_\_\_\_ HORA DE DEFUNCIÓN: \_\_\_\_\_

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN:

\_\_\_\_\_

INHUMACION ( )

CREMACION ( )

NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATARIO:

\_\_\_\_\_

UBICACIÓN: \_\_\_\_\_

CAUSAS DE MUERTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TIPO DE MUERTE: VIOLENTA ( ) NO VIOLENTA ( ) SE IGNORA ( )

NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICÓ: \_\_\_\_\_