

SOLICITUD DE TRANSCRIPCION DE DEFUNCIÓN DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA

Nombre(s) del Fallecido _____ Sexo: M ____, F __

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Fecha del Fallecimiento: Hora _____ AM, PM; Día ____, Mes ____, Año _____

Lugar de Nacimiento: _____
(Mncpio. Provincia, País)

Fecha Nacimiento: Día __ Mes __ Año __ Nro. Pasaporte o Identidad _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Edad: _____

Nombre(s) y Apellidos del Padre: _____

Nombre(s) y Apellidos de la Madre: _____

Domicilio permanente del fallecido: _____

Lugar del Fallecimiento: _____

Causa de la Muerte: _____

Nombre(s), Apellidos y # Registro del Médico que certifica el fallecimiento: _____

Lugar donde será sepultado: _____

DATOS DE LA DEFUNCIÓN:

Fecha: Día __ Mes __ Año __ Hora ____ (AM. PM),

Lugar de la ocurrencia: _____
(Hospital o Domicilio particular: en cualquier caso la Dirección completa)

Causa de la Muerte: _____

Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente: _____

Nombre(s) y Apellidos del Médico que Certifica la Muerte: _____

DATOS DEL CERTIFICADO. DEL REGISTRO CIVIL O SU EQUIVALENTE EXTRANJERO

Registro Civil de: _____
(Poner el Nombre del Reg. Civil; Lugar, Municipio, Provincia, País)_

Tomo _____, Folio _____, Fecha: Día ____, Mes ____, Año _____

DATOS DE QUIEN SOLICITA LA TRANSCRIPCION

Nombre(s) y Apellidos: _____

Nro. Del Pasaporte o Identidad: _____

Parentesco con el Fallecido: _____

Dirección: _____

(Poner Calle, Nro., Entre Calle, Apto., Barrio, Municipio Ciudad, Prov. País)

Firma de quien Solicita la Transcripción

Nombre y Apellidos, y Cargo del funcionario consular

Cuño de la Oficina