



SOLICITUD DE TRANSCRIPCION DE DEFUNCION

DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA

Nombre(s) del Fallecido: _____ Sexo: M ____ F ____
Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
Fecha de Fallecimiento: Hora: _____ AM _____ PM _____, Día _____, Mes _____ Año _____
Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Estado Civil: _____ Pasaporte o Documento de identidad: _____
Nombre y Apellidos del Padre: _____
Nombre y Apellidos de la Madre: _____
Domicilio permanente del Fallecido: _____
Lugar del Fallecimiento: _____
Causa de la Muerte: _____

Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente: _____

Nombre (s) apellidos del Médico que certifica el fallecimiento: _____
Lugar donde será sepultado: _____

REFERENCIA REGISTRAL DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION A PARTIR DEL CUAL SE SOLICITA LA TRANSCRIPCION

Registro Civil de: _____

(Registro Civil o su equivalente extranjero; Lugar, Municipio, Provincia, País) Tomo, folio, o el Número del registro que corresponda y la fecha de expedición de dicho certificado

OBSERVACIONES: _____

DATOS DE QUIEN SOLICITA LA TRANSCRIPCION

Nombre y Apellidos: _____
Nro. de Pasaporte o Identidad: _____ Parentesco con el fallecido: _____
Dirección: _____

Firma del solicitante _____

Fecha de solicitud: _____

Teléfono: _____

Nombre, apellidos y cargo del funcionario Consular
Cuño de la Oficina Consular