



## 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