OFICINA CONSULAR
DE CUBA
MONTEVIDEO

SOLICITUD DE TRANSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

Modelo 13/30 Modificado

Fecha de solicitud: Día _____ Mes _____ Año_____

DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA

Nombre/s _____ Primer Apellido _____

Segundo Apellido _____ Sexo**:** M_____ F _____ Edad: _____

Lugar de Nacimiento: _____
(*Municipio)* *(Provincia)* *(País)*

Fecha Nacimiento: _____/_____/_____ Nro. Pasaporte/Identidad _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Nombre(s) y Apellidos del Padre: _____

Nombre(s) y Apellidos de la Madre:_____

Domicilio permanente del fallecido:_____

_____

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

Fecha del Fallecimiento: _____/_____/_____ Hora _____ AM___ PM___

Lugar del Fallecimiento _____
(*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 el fallecimiento:
_____

Lugar donde será sepultado: _____

DATOS DEL CERTIFICADO DEL REGISTRO CIVIL O SU EQUIVALENTE EXTRANJERO

Registro Civil de: _____

Tomo _____ Folio _____ Fecha expedición: _____/_____/_____

OFICINA CONSULAR
DE CUBA
MONTEVIDEO

SOLICITUD DE TRANSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

Modelo 13/30 Modificado

DATOS DE QUIEN SOLICITA LA TRANSCRIPCION

Nombre(s) y Apellidos: _____

Nro. Pasaporte o Identidad: _____

Parentesco con el Fallecido: _____

Dirección: _____

_____

_____ _____

Firma de quien solicita la Transcripción

Nombre, apellidos y cargo del funcionario
Cuño de la Oficina