MISION CONSULAR: Sección Consular de Cuba, Montevideo, Uruguay

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN

Nombre y Apellidos del fallecido:

_____

_____

Fecha de Defunción: _____ _____ _____
Día Mes Año

Lugar del Fallecimiento: _____ _____
Municipio Provincia

Registro Civil donde se inscribió la defunción o, en su defecto, la funeraria:

Donde fue velado: _____
Registro o Funeraria

_____ _____
Municipio Provincia

Tomo: _____ Folio: _____

Fecha de la solicitud: _____

Nombre y Firma del solicitante: _____