

SOLICITUD DE TRANSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN
CONSULADO DE CUBA EN CIUDAD DE MÉXICO

Nombre (s) del Fallecido _____

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Sexo _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Documento de identidad y número del documento _____ Estado Civil _____

Nombre (s) y Apellidos del Padre _____

Nombre (s) y Apellidos de la Madre _____

Domicilio permanente del fallecido: _____

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

Fecha del Fallecimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____ (AM _____ PM _____)

Lugar del Fallecimiento _____

Causa de la muerte _____

Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente _____

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

Lugar donde va a ser inhumado el cadáver _____

DATOS DEL CERTIFICADO DEL REGISTRO CIVIL O SU EQUIVALENTE EXTRANJERO

Registro Civil: _____

Tomo _____, Folio _____ Nro. de Asiento _____

Fecha de Expedición: Día _____ Mes _____ Año _____

DATOS DE QUIEN SOLICITA LA TRANSCRIPCIÓN

Nombre (s) y Apellidos _____

Documento de identidad y número del documento _____

Parentesco con el Fallecido _____

Domicilio _____

Firma (s) del (los) Solicitante (s)

Fecha de Solicitud Día _____, Mes _____, Año _____