



Consulado Geral da República de Cuba
São Paulo – Brasil

Modelo 13/30 Modificado

SOLICITUD DE TRANSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN - DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA

Nombre(s) del Fallecido _____ Sexo: M () F ()
Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
Fecha del Fallecimiento: Hora _____ AM, PM; Día _____, Mes _____, Año _____
Lugar de Nacimiento: (Mncpio. Provincia, País) _____
Fecha Nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____ Nro. Pasaporte o Identidad _____
Estado Civil : _____ Ocupación _____
Nombre(s) y Apellidos del Padre: _____
Nombre(s) y Apellidos de la Madre: _____
Domicilio permanente del fallecido: _____

Lugar del Fallecimiento: _____
Causa de la Muerte: _____
Nombre(s) y Apellidos del Médico que certifica el fallecimiento _____
Lugar donde será sepultado _____

DATOS DE LA DEFUNCIÓN:

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Hora ____ (AM. PM),
Lugar de la ocurrencia: (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 la Muerte: _____

DATOS DEL CERTIF. DEL REGISTRO CIVIL O SU EQUIVALENTE EXTRANJERO

Registro Civil de: (Poner el Nombre del Reg. Civil; Lugar, Municipio, Provincia, País) _____

Tomo _____, Folio _____, Fecha: Día _____, Mes _____, Año _____

DATOS DE QUIEN SOLICITA LA TRANSCRIPCION

Nombre(s) y Apellidos: _____
Nro. del Pasaporte o Identidad _____ Parentesco con el Fallecido : _____
Dirección: (Poner Calle, Nro., Entre Calle, Apto., Barrio, Municipio Ciudad, Prov. País) _____

Firma de quien Solicita la Transcripción

Nombre, Apellidos, y Cargo del
Funcionario Consular