

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: _____ Fecha: Día: ____ Mes: ____ Año: _____

Nro. de pasaporte o identidad: _____ Edad: _____

Del nacimiento: Tomo: _____ Folio: _____ 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: _____

Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte: _____

Nombre(s) y apellidos del médico o autoridad que certifica el fallecimiento:

Lugar donde será sepultado: _____

REFERENCIA REGISTRAL DEL ACTA DE DEFUNCIÓN:

Registro Civil de: _____ Tomo: _____ Folio: _____

OBSERVACIONES:

DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA TRANSCRIPCIÓN:

Nombre(s) y apellidos: _____

Nro. de pasaporte o identidad: _____ Parentesco con el fallecido: _____

Dirección de residencia: _____

Firma del solicitante

Nombre, apellidos y firma del Cónsul