***Consulado de la República de Cuba en Bélgica* Modelo 13/30 Modificado**

## SOLICITUD DE TRANSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

## DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA:

Nombre(s) del Fallecido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Primer Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo Apellido:

Sexo**:** M: \_\_\_ F: \_\_\_ Edad del Fallecido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ años.

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 CERTIFICADO. 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*)

Observaciones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de quien Solicita la Transcripción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos, y Cargo

del funcionario consular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuño de la Oficina: