

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 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) _____

Firma de quien Solicita la Transcripción

Nombre y Apellidos, y Cargo del
funcionario consular

Cuño de la Oficina