**Solicitud de Registro Civil de Defunción**

## Finado

Nombre completo: _____ Edad: _____

Lugar de nacimiento _____ Ocupación: _____

Domicilio _____ Nacionalidad: _____

Estado Civil _____

Nombre del padre: _____

Nombre de la madre: _____

## Del fallecimiento

EL CUERPO SERA: Inhumado ☐ Cremado ☐ En el panteón _____

Ubicado en: _____ _____

Orden número: _____ _____

Fecha de defunción: _____ Hora: _____

Lugar: _____ _____

Causa(s) de la muerte _____ _____

Médico que certifica: _____ Cédula del médico _____

Domicilio del médico _____ _____

## Declarante:

Nombre: _____ Edad: _____

Parentesco con el finado: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____

## Testigos:

Nombre: _____ Edad _____ años

Parentesco con el finado _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____ Nacionalidad _____

Nombre: _____ Edad _____ años

Parentesco con el finado _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____ Nacionalidad _____

Previa cita, el Declarante y los testigos deberán comparecer a la Sección Consular para la firma del Acta de Defunción.