

MODELO DE SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

EXTRACTO Ordinario Plurilingüe	LITERAL	NEGATIVA	RECOGIDA DEL CERTIFICADO Recogida en el Registro Civil Por correo postal en el domicilio del solicitante Por correo electrónico
--------------------------------------	---------	----------	--

FINALIDAD PARA LA QUE SE SOLICITA EL CERTIFICADO:**DATOS DE LA PERSONA SOBRE LA QUE SE SOLICITA LA CERTIFICACIÓN:**

1º Apellido:*	<input type="text"/>	2º Apellido:*	<input type="text"/>
Nombre:*	<input type="text"/>	DNI/NIE:*	<input type="text"/>
Nombre del padre (1):	<input type="text"/>	Nombre de la madre (1):	<input type="text"/>
Fecha del hecho*:	<input type="text"/>		
Lugar donde ocurrió el defunción:*	<input type="text"/>		
Registro Civil en el que se inscribió*	<input type="text"/>		
Tomo (1):	<input type="text"/>	Página (1):	<input type="text"/>

DATOS DEL SOLICITANTE:

1º Apellido:*	<input type="text"/>	2º Apellido:*	<input type="text"/>
Nombre:*	<input type="text"/>	D.N.I./N.I.E.:	<input type="text"/>
Tfno. contacto:*	<input type="text"/>		
Correo electrónico:*	<input type="text"/>		
Dirección.*:	<input type="text"/>		
Código Postal:*	<input type="text"/>	Localidad:*	<input type="text"/>
Provincia:*	<input type="text"/>	País:*	<input type="text"/>

En _____, a ____ de _____ de _____.

Firma:

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL IMPRESO

(*) Campo obligatorio.

(1) Debe rellenarse, si fuera posible.