

**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:\*  2º Apellido:\* Nombre:\*  DNI/NIE:\* Nombre del padre (1):  Nombre de la madre (1): Fecha del hecho\*: Lugar donde ocurrió el defunción:\* Registro Civil en el que se inscribió\* Tomo (1):  Página (1): **DATOS DEL SOLICITANTE:**1º Apellido:\*  2º Apellido:\* Nombre:\*  D.N.I./N.I.E.:\* Tfno. contacto:\* Correo electrónico:\* Dirección. \*: Código Postal:\*  Localidad:\* Provincia:\*  País:\* 

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma:

**INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL IMPRESO**

(\*) Campo obligatorio.

(1) Debe rellenarse, si fuera posible.