



MODELO DE SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DEFUNCION

<input type="checkbox"/> EXTRACTO	<input type="checkbox"/> Ordinario o bilingüe	RECOGIDA DEL CERTIFICADO <input type="checkbox"/> En el Registro Civil <input type="checkbox"/> Por correo postal en el domicilio del solicitante
<input type="checkbox"/> LITERAL	<input type="checkbox"/> Plurilingüe	
<input type="checkbox"/> PARA DNI	<input type="checkbox"/> NEGATIVA	
Nº de Certificaciones solicitadas <input type="text"/>		

FINALIDAD PARA LA QUE SOLICITA EL CERTIFICADO:

DATOS DE LA PERSONA SOBRE LA QUE SOLICITA LA CERTIFICACION:

1º APELLIDO *	<input type="text"/>	2º APELLIDO *	<input type="text"/>
NOMBRE *	<input type="text"/>	FECHA DEL HECHO (dd/mm/aaaa)	<input type="text"/>
NOMBRE DEL PADRE	<input type="text"/>	NOMBRE DE LA MADRE	<input type="text"/>
TOMO (1)	<input type="text"/>	PAGINA (1)	<input type="text"/>
Lugar donde ocurrió la defunción	<input type="text"/>		

DATOS DEL SOLICITANTE:

1º Apellido *	<input type="text"/>	2º Apellido *	<input type="text"/>
Nombre *	<input type="text"/>	DNI/NIF	<input type="text"/>
Telef.contacto	<input type="text"/>		
Dirección para remitir certificado	<input type="text"/>		
Código Postal	<input type="text"/>	Localidad	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>		

En a de de 20

FIRMA

(*) Campo obligatorio