



DIRECCION ESTATAL DEL REGISTRO CIVIL

Baja California Sur, a _____ de _____ del 20__.
Municipio _____ Oficialía _____

SOLICITUD DE INEXISTENCIA DE **REGISTRO DE DEFUNCIÓN**

| | |
|---------------------|--|
| Nombre completo | |
| Lugar de Nacimiento | |
| Fecha de nacimiento | |
| Nombre del padre | |
| Nombre de la madre | |

Bajo protesta de decir verdad. Manifiesto que los datos proporcionados son verdaderos.

Nombre y firma del solicitante

Tel: _____

REQUISITOS (original y copia)

- Certificado Médico de Defunción
- Acta de nacimiento del Finado
- Identificación oficial con fotografía del Finado
- CURP del finado
- Identificación oficial del solicitante (Deberá ser familiar directo del finado, padres, hijos, hermanos)
- Si se presenta un tercero que no sea familiar directo del finado, presentar carta poder firmada por el familiar y dos testigos, anexando identificaciones de los testigos y de quien acepta el poder

En caso de no presentar certificado médico de defunción, acudir al Departamento Jurídico de la Dirección Estatal para autorización