



| | |
|-------------------------------------|--|
| NÚMERO DE REGISTRO | |
| LUGAR Y FECHA | |
| NO. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN | |

SOLICITUD PARA REGISTRO DE DEFUNCIÓN

DATOS DEL FINADO (A)

NOMBRE DEL FINADO (A): _____
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

LUGAR NACIMIENTO: _____ **FECHA NACIMIENTO:** _____
Localidad Municipio Entidad Federativa DD / MM / AAAA

EDAD: _____ **CURP:** _____ **NACIONALIDAD:** _____

OCUPACIÓN: _____ **ESTADO CIVIL:** _____

DOMICILIO: _____
Calle Número Colonia Municipio Estado CP

PROGENITORES

DATOS DE LOS PROGENITORES DEL FINADO (A)

NOMBRE DE PROGENITOR 1: _____ **VIVE:** SI () NO ()
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

LUGAR NACIMIENTO: _____ **FECHA NACIMIENTO:** _____
Localidad Municipio Entidad Federativa DD / MM / AAAA

NACIONALIDAD: _____ **CURP:** _____

OCUPACION: _____ **ESTADO CIVIL:** _____

DOMICILIO: _____
Calle Número Colonia Municipio Estado CP

NOMBRE DE PROGENITOR 2: _____ **VIVE:** SI () NO ()
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

LUGAR NACIMIENTO: _____ **FECHA NACIMIENTO:** _____
Localidad Municipio Entidad Federativa DD / MM / AAAA

NACIONALIDAD: _____ **CURP:** _____

OCUPACION: _____ **ESTADO CIVIL:** _____

DOMICILIO: _____
Calle Número Colonia Municipio Estado CP

CÓNYUGE

DATOS DE CÓNYUGE DEL FINADO (A)

NOMBRE DE CÓNYUGE: _____ **VIVE:** SI () NO ()
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

LUGAR NACIMIENTO: _____ **FECHA NACIMIENTO:** _____
Localidad Municipio Entidad Federativa DD / MM / AAAA

NACIONALIDAD: _____ **CURP:** _____

EDAD: _____ **OCUPACIÓN:** _____ **TELÉFONO:** _____

DOMICILIO: _____
Calle Número Colonia Municipio Estado CP

SOLICITANTE

NOMBRE DE SOLICITANTE: _____ **VIVE:** SI () NO ()
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido

EDAD: _____ **NACIONALIDAD:** _____ **PARENTESCO CON EL FINADO(A):** _____ **TELÉFONO:** _____

DOMICILIO: _____
Calle Número Colonia Municipio Estado CP

DESTINO DEL CADÁVER

INHUMACIÓN () CREMACIÓN () TRASLADO ()

DATOS DEL PANTEÓN O CREMATARIO

NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATARIO: _____

LUGAR DE TRASLADO: _____

FECHA DE INHUMACIÓN O CREMACIÓN: _____/_____/_____ **HORA** _____:_____:_____ **HRS**

DATOS COMPLEMENTARIOS

EL FINADO, ¿CONTÓ CON ASISTENCIA MÉDICA? SI () NO ()



DECLARANTE

NOMBRE DE DECLARANTE: _____
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
 EDAD: _____ NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO CON EL FINADO(A): _____
 OCUPACIÓN: _____ TELÉFONO: _____
 DOMICILIO: _____
Calle Número Colonia Municipio Estado CP

TESTIGOS

TESTIGO I

NOMBRE COMPLETO: _____
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
 EDAD: _____ NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO CON EL FINADO (A): _____
 OCUPACIÓN: _____ TELÉFONO: _____
 DOMICILIO: _____
Calle Número Colonia Municipio Estado CP

TESTIGO II

NOMBRE COMPLETO: _____
Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido
 EDAD: _____ NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO CON EL FINADO (A): _____
 OCUPACIÓN: _____ TELÉFONO: _____
 DOMICILIO: _____

DECLARO BAJO PROTESTA, QUE LOS DATOS AQUÍ MANIFESTADOS SON VERDADEROS

RECIBÍ ORDEN
DE INHUMACIÓN



FOLIO DEL FORMATO DE INHUMACIÓN _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

REQUISITOS (original y copia)

- Presentar certificado médico de defunción.
- Acta de Nacimiento.
- Acta de Matrimonio (en caso de estar casado)
- CURP e identificación del Finado
- Declarante, presentar identificación Oficial.
- 2 Testigos, presentar identificación.
- Oficio MP (en caso de muerte accidental)
- Oficio Coepris (en caso de traslado)

FUNDAMENTO LEGAL

Art. 122 al 134 del Código Civil Vigente en el Estado de B.C.S., Art. 83 al 87 del Reglamento del Registro Civil del Estado de B.C.S, Manual de Procedimiento de la Dirección Estatal del Registro Civil.