

Mérida, Yucatán. ____ De ____ 20____

LIC. ROBERTO JOSÉ REYES GALLARETA
DIRECTOR DE ASUNTOS JURÍDICOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD
Y DIRECTOR DE ASUNTOS JURÍDICOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD
DE YUCATÁN.
PRESENTE.

Por este medio solicito a usted sirva expedirme ____ copia (s) certificada (s) del certificado de defunción de quien en vida se llamará ____ y que falleciera el día ____ del mes de ____ del año ____ en ____, quien fue ____ en el cementerio de ____ en la ____ localidad de ____.

No omito manifestar que dicha copia certificada la requiero para cumplir con los trámites legales inherentes a su defunción.

NOMBRE DEL SOLICITANTE: ____
FIRMA DEL SOLICITANTE: ____
PARENTESCO DEL SOLICITANTE: ____
DIRECCION: ____
TELEFONO: ____

ESTA PARTE ES DE USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL ASIGNADO AL DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN EN SALUD Y EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE YUCATÁN.

DOCUMENTACION EXPEDIDA EN COPIA FOTOSTATICA DEL SOLICITANTE PARA ACREDITAR EL PARENTESCO CON LA PERSONA FALLECIDA:

DEL DIFUNTO

- ACTA DE NACIMIENTO ☐
- ACTA DE DEFUNCION ☐

DEL SOLICITANTE

- IDENTIFICACIÓN OFICIAL ☐
- ACTA DE NACIMIENTO ☐
- ACTA DE MATRIMONIO ☐
- OTRO ☐
- COMPROBANTE DE PAGO ☐