
ALCALDIA MUNICIPAL DE CUSCATANCINGO
SOLICITUD DE CERTIFICACION DE DEFUNCIONES
PARA USO DEL SOLICITANTE

Tu bienestar es mi compromiso

NOMBRE DEL FALLECIDO _____

NOMBRE DEL PADRE _____

NOMBRE DE LA MADRE _____

FECHA DE FALLECIMIENTO: DIA _____ MES _____ AÑO _____

CANTIDADES DE PARTIDAS _____ \$ _____

En caso de tener el numero de libro, folio y partida, favor de anotarlo en las casillas siguientes.

AÑO _____ LIBRO _____ FOLIO _____ PARTIDA _____

NOTA: La oficina no responde por documento alguno, 30 días después de solicitada.-

CONSTANCIA PARA RECLAMAR LA PARTIDA

Nombre del fallecido _____

DEFUNCION _____