

COMUNICACION DE SERVICIO EN EL CEMENTERIO MUNICIPAL DE ESCALONA (TOLEDO)

TIPO DE SERVICIO (Inhumación, Reinhumación o Exhumación):.....

DIFUNTO O PERSONA A QUIEN PERTENECIAN LOS RESTOS:

NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.	SEXO	EDAD
DOMICILIO HABITUAL			
CALLE	Nº	LOCALIDAD	C.P. PROVINCIA

DATOS DE LA DEFUNCION

FECHA	DOMICILIO DE LA DEFUNCION		
	CALLE Y Nº	LOCALIDAD Y PROVINCIA	
HORA			
FACULTATIVO QUE FIRMA EL CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION			
NOMBRE Y APELLIDOS		Nº COLEGIADO	

REPRESENTANTE LEGAL DEL FALLECIDO

NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.	DOMICILIO (Calle, nº, localidad y provincia)

DATOS DEL ENTERRAMIENTO

FECHA	HORA	LUGAR (Fila y Nicho)	DESTINO DE LOS RESTOS (En caso de exhumación)

FUNERARIA QUE ENTREGA O RECIBE EL CADAVER O RESTOS

NOMBRE	DOMICILIO

Escalona a ____ de _____ de 2.0__

(Firma del representante)