

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

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

DIFUNTO O PERSONA A QUIEN PERTENECÍAN LOS RESTOS:

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

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

FECHA	DOMICILIO DE LA DEFUNCIÓN		
	CALLE Y Nº	LOCALIDAD Y PROVINCIA	C.P
HORA			
FACULTATIVO QUE FIRMA EL CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCIÓN			
NOMBRE Y APELLIDOS		Nº COLEGIADO	

REPRESENTANTE LEGAL DEL FALLECIDO

NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.	Teléfono de contacto
DOMICILIO (Calle, nº, localidad y provincia)		C.P

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)