|  |
| --- |
| Gobierno Municipal de Huichapan, Hidalgo  Administración 2020 – 2024  Oficialía del Registro del Estado Familiar |
| **FORMATO ÚNICO PARA INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN** |
| |  | | --- | | DEFUNCIÓN NO: |   NOMBRE DEL FINADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SEXO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA DE NACIMIENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  LUGAR DE NACIMIENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ESTADO CIVIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NACIONALIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  MUNICIPIO DE FALLECIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LUGAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DESTINO DEL CADAVER: **INHUMACIÓN ( ) CREMACIÓN ( )**  MUNICIPIO O COMUNIDAD DONDE SERA INHUMADO O CREMADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DOMICILIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FUNERARIA QUE HACE EL SERVICIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **NOMBRE DEL DECLARANTE** |
| NOMBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PARENTESCO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NACIONALIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DOMICILIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (LOCALIDAD) ( C.P.) ( MUNICIPIO) (ESTADO)  OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ESTADO CIVIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **TESTIGO NO. 1** |
| NOMBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PARENTESCO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NACIONALIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DOMICILIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (LOCALIDAD) ( C.P.) ( MUNICIPIO) (ESTADO)  OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ESTADO CIVIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **TESTIGO NO. 2** |
| NOMBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PARENTESCO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NACIONALIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DOMICILIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (LOCALIDAD) ( C.P.) ( MUNICIPIO) (ESTADO)  OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ESTADO CIVIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**REQUISITOS PARA REGISTRO DE DEFUNCIÓN:**

**DEL FINADO (A):**

1. ORIGINAL Y COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN, AUTORIZADO POR EL SECTOR SALUD DE HUICHAPAN, HIDALGO. DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL MEDICO CERTIFICANTE Y POR EL CENTRO DE SALUD.
2. DOS COPIAS DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR.
3. DOS COPIAS DEL ACTA DE NACIMIENTO.
4. DOS COPIAS DEL ACTA DE MATRIMONIO (EN CASO DE SER CASADO).
5. DOS COPIAS DE LA CLAVE CURP.

**DEL DECLARANTE:**

1. ORIGINAL Y COPIA DEL INE/IFE.
2. COPIA DE LA CLAVE CURP CERTIFICADA.

**DE LOS TESTIGOS:**

(DOS TESTIGOS):

1. ORIGINAL Y COPIA DEL INE/IFE.
2. COPIA DE LA CLAVE CURP CERTIFICADA.

**DEL MEDICO CERTIFICANTE:**

1. COPIA DE LA CLAVE CURP CERTIFICADA
2. COPIA SIMPLE DE LA CÉDULA PROFESIONAL

**IMPORTANTE:**

* EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN TIENE QUE VENIR DEBIDAMENTE LLENADO, SIN TACHADURAS, ENMENDADURAS, A UN SOLO COLOR DE TINTA Y FIRMADO POR EL MÉDICO CERTIFICANTE.
* LA COPIA DE LA IDENTIFICACION OFICIAL DEL DECLARANTE Y LOS TESTIGOS, (FRENTE Y REVERSO) DEBEN VENIR EN UNA SOLA HOJA, EN EL ORDEN QUE VIENEN EN EL FORMATO DE LA SOLICITUD.
* TIENEN QUE ACUDIR DE MANERA PRESENCIAL A ESTA OFICIALIA EL DECLARANTE Y LOS DOS TESTIGOS PARA FIRMA DE LA RESPECTIVA ACTA DE DEFUNCIÓN.
* LA INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN DEBE HACERSE DENTRO DE LOS 5 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A LA FECHA EN QUE OCURRIO LA DEFUNCIÓN.
* SI NO CUMPLE CON EL 100 % DE LOS REQUISITOS, NO SE LE PODRÁ REALIZAR EL TRÁMITE.

**PARA CUALQUIER DUDA O ACLARACIÓN LLAMAR**

**AL TELÉFONO (761) 78 2 00 13 EXT. 145**

**HORARIO DE ATENCIÓN: LUNES A VIERNES DE 8:30 A 16:00 HORAS**