



SOLICITUD DE DEFUNCIÓN

DATOS DEL FINADO

DECLARO QUE TODOS LOS DATOS ASENTADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERDADEROS.

NOMBRE DEL FINADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

NOMBRE DEL (A) ESPOSO (A) SI ES CASADO (A): _____

NUMERO DE ACTA DE SER CASADO: _____

LUGAR DE SEPULTURA: _____

TUVO ASISTENCIA MEDICA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
SITUACION LABORAL	<input type="checkbox"/> Tiene trabajo <input type="checkbox"/> Estaba buscando trabajo <input type="checkbox"/> Estudiaba	<input type="checkbox"/> Dedicada a quehaceres del hogar <input type="checkbox"/> Jubilado o pensionado <input type="checkbox"/> Incapacidad permanente para trabajar	<input type="checkbox"/> Otra
ESCOLARIDAD	<input type="checkbox"/> Sin escolaridad <input type="checkbox"/> De 1 a 3 años de primaria <input type="checkbox"/> De 4 a 5 años de primaria	<input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> Preparatoria o equivalente	<input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Ultimo grado de estudios <input type="checkbox"/> Otra
SEXO DEL JEFE DEL HOGAR	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	
POSICION EN SU TRABAJO	<input type="checkbox"/> Obrero <input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Jornalero o peón <input type="checkbox"/> Trabajador por su cuenta	<input type="checkbox"/> Patrón o empresario <input type="checkbox"/> Trabajador familiar no remunerado

INGRESO MENSUAL \$ _____ Embarazo 42 días antes de muerte Si No

NOMBRE DEL DECLARANTE: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____ OCUPACIÓN: _____

PARENTESCO: _____

FIRMA DEL DECLARANTE

TESTIGOS:

NOMBRE: _____

OCUPACIÓN: _____ PARENTESCO: _____

NOMBRE: _____

OCUPACIÓN: _____ PARENTESCO: _____

CALCAHUALCO, VER., A _____ DE _____ DE _____