



**Formato para Traslado de Restos.**

Fecha de solicitud:

No. Folio:

<b>Solicitante:</b>	
<b>Relación con el beneficiario:</b>	
<b>Ocupación:</b>	
<b>Domicilio y C.P.:</b>	
<b>Municipio o ciudad:</b>	<b>Localidad o condado:</b>
<b>Teléfono y/o celular:</b>	<b>Correo electrónico:</b>
<b>Solicitud realizada por:</b> Teléfono ( ) Personalmente ( ) Correo electrónico ( )	
<b>Canalizado por:</b> Consulado ( ) Municipio ( ) Entidad ( ) Otro ( )	
<i>Indicar cual:</i>	

<b>Beneficiario:</b>	
<b>Lugar y Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Estatus migratorio:</b>	<b>Ocupación:</b>
<b>Lugar de los hechos:</b>	
<b>Fecha de incidente:</b>	
<b>Familiar en EUA o México</b>	
<b>Domicilio:</b>	
<b>Teléfono:</b>	
<b>Descripción :</b>	

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Funcionario que atendió