GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

EDOMÉX
DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES

SOLICITUD DE TRÁMITE DE MUERTE FETAL

ACTA: _____
LIBRO: _____
FECHA: _____
FOJAS: _____

OFICIAL _____ DEL REGISTRO CIVIL
DE_____, MÉXICO.
P R E S E N T E

El suscrito (a):

_____
Nombre (s) **Primer Apellido** **Segundo Apellido**

Con domicilio en: _____
Calle y número exterior / interior

_____
Colonia **Código Postal** **Municipio** **Estado**

_____
Correo electrónico **Teléfono**

Con fundamento en los artículos 3.32 del Código Civil; 94 y 95 del Reglamento Interior del Registro Civil y demás relativos y aplicables a los ordenamientos legales vigentes en el Estado de México, se solicita autorización para el _____
Traslado, inhumación o cremación

En _____
Nombre del panteón u horno crematorio

De _____
Municipio **Estado**

Del feto de sexo: _____

Producto del embarazo de: _____
Nombre (s) **Primer Apellido** **Segundo Apellido**

Para tal efecto, se anexan los documentos que se marcan en el recuadro:

1. **Certificado médico de muerte fetal.** ☐
2. **Copia de la identificación vigente del declarante.** ☐
3. **Permiso del Sector Salud que autoriza el traslado.** ☐
4. **Oficio del Ministerio Público.** ☐

Otros: _____

_____, México, a _____de _____de _____

A T E N T A M E N T E

_____
Nombre y firma del declarante

Huella

SECRETARÍA DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS
DIRECCIÓN GENERAL DEL REGISTRO CIVIL

Con base en los artículos 20 y 29 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de México y Municipios se informa que la entrega de sus datos personales en la presente solicitud constituye un consentimiento tácito para su tratamiento en términos de lo establecido en el aviso de privacidad, documento que indica el uso y resguardo de los mismos, el cual puede consultarse a través de la liga http://registrocivil.edomex.gob.mx/aviso_privacidad.

Escaneado con CamScanner