

PERMISO DISPOSICIÓN FINAL DE RESTOS ÁRIDOS

MODALIDAD DE TRÁMITE

POR AUTORIZACIÓN PARA EL TRASLADO DE UN CADAVER O RESTOS ÁRIDOS EXHUMADOS DE UN MUNICIPIO A OTRO O A OTRA ENTIDAD

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			RFC		
DOMICILIO: CALLE, NÚMERO EXTERIOR XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		NÚM. INT. XX	ENTRE VIALIDAD XXXXXXXXXX	ENTRE VIALIDAD XXXXXXX	
COLONIA XXXXXXXXXX	C. POSTAL XXXXX	MUNICIPIO XXXXXXXXX	ENTIDAD FEDERATIVA XXXXXXX	LICENCIA XXXXXXX	TELÉFONO XXXXXXXXXX

2. DATOS DEL SERVICIO, VEHÍCULO Y/O CHOFER

PROCEDENCIA / DESTINO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
ESPECIFICACIONES Y/O DATOS DEL VEHÍCULO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NO. DE LICENCIA DEL CONDUCTOR XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	FECHA TRASLADO XXXXXXXXXX

3. DATOS DEL FINADO

NOMBRE XXXXXXXXXX	PRIMER APELLIDO XXXXXXXXXX	SEGUNDO APELLIDO XXXXXXXXXXXX	EDAD XX
SEXO XXXXXX	FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN XXXXXXXXXXXX	CAUSA DE DEFUNCIÓN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	

4. DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE XXXXXXXXXX	PRIMER APELLIDO XXXXXXXXXX	SEGUNDO APELLIDO XXXXXXXXXX	FIRMA FIRMA DEL SOLICITANTE
PARENTESCO XXXXXXX	DOMICILIO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	EDAD XX	

LUGAR

FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE LA
UNIDAD DE CONTROL SANITARIO

NOMBRE COMPLETO, CARGO, SELLO Y FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO QUE OTORGA LA AUTORIZACIÓN

JEFE DE UNIDAD DE CONTROL SANITARIO HERMOSILLO

