



**CONSULADO GENERAL DE LA REPUBLICA DE CUBA
SYDNEY, AUSTRALIA**

**SOLICITUD DE TRANSCRIPCION DE DEFUNCION
(\$150 AUD)**

Llene el formulario y mande adjunto **\$30AUD** por diligencia de solicitud en Money Order o Cheque a nombre de **Consulate General of the Republic of Cuba**, y un Sobre Prepagado para la devolución del documento. A la entrega del documento se cobrarán los **\$120AUD** restantes.

**Consulate General of the Republic of Cuba
PO Box 2382
Strawberry Hills, NSW 2012**

POR CUALQUIER SERVICIO CONSULAR QUE SE PRESTE SIN LA PRESENCIA FISICA DEL INTERESADO, SE COBRARA EN ADICION EL TRAMITE NO PERSONAL POR UN VALOR DE \$30AUD

Sr. Cónsul General de Cuba

Fecha Día ___ Mes ___ Año _____

Quien comparece _____, Ciudadano(a) _____ con Pasaporte corriente Nro. _____, ruego a usted realizar la Transcripción de Nacimiento de mi hijo, y para cumplimentar los requerimientos exigidos por la Ley del Registro del Estado Civil, además, de adjuntar la Certificación de Nacimiento expedida por el Registro Civil de este país, **bajo juramento**, declaro los particulares y datos siguientes:

DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA

NOMBRES _____ SEXO M ___ F ___

1ER APELLIDO _____ 2DO APELLIDO _____

FECHA DEL FALLECIMIENTO HORA _____ AM ___ PM ___ DIA ___ MES ___ AÑO _____

NATURAL DE _____
MUNICIPIO PROVINCIA PAIS

FECHA DE NACIMIENTO DIA ___ MES ___ AÑO _____ NO. PASAPORTE O IDENTIDAD _____

ESTADO CIVIL _____ OCUPACION _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE _____

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE _____

DOMICILIO _____
CALLE NRO APTO REPARTO PUEBLO / CIUDAD PROVINCIA PAIS

LUGAR DEL FALLECIMIENTO _____

CAUSA DE MUERTE _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE CERTIFICO EL FALLECIMIENTO _____

DATOS DE LA DEFUNCION

FECHA DEL FALLECIMIENTO DIA ____ MES ____ AÑO _____ HORA _____ AM ____ PM ____

LUGAR DE OCURRENCIA _____
DIRECCION COMPLETA DEL HOSPITAL O DOMICILIO PARTICULAR

CAUSA DE LA MUERTE _____

ENFERMEDAD O ESTADO PATOLOGICO QUE PRODUJO LA MUERTE DIRECTAMENTE

NOMBRES Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE CERTIFICA LA MUERTE

DATOS DEL CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL O EQUIVALENTE EXTRANJERO

REGISTRO DEL ESTADO CIVIL _____
NOMBRE DE OFICINA BARRIO / REPARTO

MUNICIPIO CIUDAD / PUEBLO PROVINCIA / ESTADO PAIS

TOMO _____ FOLIO _____ FECHA DIA ____ MES ____ AÑO _____

DATOS DE QUIEN SOLICITA LA TRANSCRIPCION

NOMBRES _____ NO. PASAPORTE O IDENTIDAD _____

1ER APELLIDO _____ 2DO APELLIDO _____

SEXO M ____ F ____ PARENTESCO CON FALLECIDO _____

DOMICILIO _____
CALLE NRO APTO REPARTO PUEBLO / CIUDAD PROVINCIA PAIS

DATOS DE CONTACTO

NOMBRES Y APELLIDOS _____

DOMICILIO _____

TELEFONOS _____
CASA TRABAJO MOVIL FAX

CORREO ELECTRONICO _____

FIRMAS / CUÑOS

FECHA