

DÍA	MES	AÑO

SOLICITO: AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA EXHUMACIÓN,
TRASLADO DE RESTOS HUMANOS

SR (A). DIRECTOR (A) REGIONAL DE SALUD - DIRESA CALLAO

ADULTO

Nombres y Apellidos del Solicitante:		
DNI:	Pasaporte:	CE:
Domicilio:		
Distrito:	Provincia:	Región:
Parentesco:	E-mail:	Ce/Telf:
Nombres y Apellidos del Fallecido:		
<input type="radio"/> Muerte Natural <input type="radio"/> Muerte Súbita o Violenta <input type="radio"/> Muerte Infecto Contagioso según RSI:	N° Certificado De Defunción:	Fecha del Fallecimiento:
Causa Básica del Fallecimiento:		
Ubicación de los Restos Humanos:	Destino de los Restos Humanos:	
Comprobante de Pago DIRESA:	<input type="radio"/> Boleta <input type="radio"/> Factura	Número: Fecha de Pago:

DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO

QUÉ, COMO FAMILIAR DIRECTO DEL FALLECIDO, ESTOY HACIÉNDOME CARGO DE TODOS LOS TRÁMITES QUE DEMANDE LA EXHUMACIÓN Y TRASLADO DE RESTOS HUMANOS ANTE LAS ENTIDADES CORRESPONDIENTES DE DIRESA – CALLAO. SEGÚN EL ÍTEM 1.7, "PRESUNCIÓN DE VERACIDAD" DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 1272, QUE MODIFICA LA LEY N° 27444.- LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVOS GENERAL, DECRETO LEGISLATIVO N° 1246 QUE APRUEBA DIVERSAS MEDIDAS DE SIMPLIFICACIÓN ADMINISTRATIVA, CÓDIGO PROCESAL CIVIL, DEL CÓDIGO PROCESAL PENAL Y TUPA APROBADO POR ORDENANZA REGIONAL N° 006-2019 DEL GOBIERNO REGIONAL DE FECHA 20 DE NOVIEMBRE DEL 2019 Y SU MODIFICACIÓN CON DECRETO REGIONAL N° 00001 DE FECHA 02 DE ENERO DEL 2020, DECRETO SUPREMO N°031-2021-SA DE FECHA 19.11.2021 QUE MODIFICA EL DECRETO SUPREMO N°03-94-SA DEL REGLAMENTO DE LA LEY N°26298, LEY DE CEMENTERIOS Y SERVICIOS FUNERARIOS.

EN CONFORMIDAD CON LO DECLARADO ASUMO LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA, PENAL O JUDICIAL QUE PUDIERA PRESENTARSE AL RESPECTO, PARA LO CUAL SUSCRIBO LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA TAL Y CONFORME LO ESTABLECE LA LEY N° 27444, ARTÍCULO 438 DEL CÓDIGO PROCESAL PENAL, DEL MISMO QUE ME HARÉ ACREEDOR (A) DE HABER ANOTADO INFORMACIÓN FALSA.

EXTIENDO LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA EN HONOR A LA VERDAD Y BAJO JURAMENTO DE LEY PARA LOS FINES DE SOLICITAR LA AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA EXHUMACIÓN Y TRASLADO DE RESTOS HUMANOS, POR LO CUAL FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.

DIRESA CALLAO,, DE....., DEL 20.....

_____ FIRMA DEL SOLICITANTE	_____ HUELLA
--------------------------------	-----------------

Se adjunta requisitos

