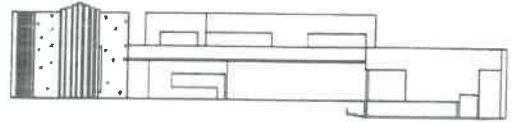




APOSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 23 de ENERO de 2023

Don CANDIDO IGLESIAS GRELA, con D.N.I. 70076895N y domicilio en C/BALSAIN-Nº 82 - 4º A-LA ESTACIÓN-COLLADO VILLABA en su condición de HIJO de MAXIMINO IGLESIAS GARCÍA.

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará en FÉRETRO BIODEGRADABLE, de los restos mortales de MAXIMINO IGLESIAS GARCÍA fallecido/a a las 12:30 horas del día 22 de ENERO de 2023, en CREMATORIO APOSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 – Santiago de Compostela; que se realizará el día 23 de ENERO de 2023 a las _____ horas.

MANIFIESTO

1.- Que como representante legal del fallecido, o en su caso contando con autorización del resto de los familiares, eximiendo a esta mercantil FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO, S.L., de cualquier responsabilidad frente a cualquier reclamación.

2.- Introducción.

- ☐ SI PRESENCIAREMOS la introducción de los restos mortales.
- ☒ NO PRESENCIAREMOS la introducción de los restos mortales.

3.- Dispositivos.

- ☐ ES PORTADOR de MARCAPASOS o dispositivo a batería/pilas.
- ☒ NO ES PORTADOR de MARCAPASOS o dispositivo a batería/pilas.

Y para que así conste, firmo el presente en el lugar y fecha del encabezado.

Fdo.: CANDIDO IGLESIAS GRELA

D.N.I.: 70076895N

ES IMPRESCINDIBLE LA PRESENTACIÓN DEL D.N.I. DEL FALLECIDO Y DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE, COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y LICENCIA DE ENTERRAMIENTO ORIGINAL.

PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 y con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO. Identidad: FUNERARIA-TANATORIO APOSTOL SANTIAGO SL CIF: B15657901 Dirección: RÚA BOISACA Nº 11 CP15890-SANTIAGO DE COMPOSTELA E-Mail: info@funeraria-apostol.com

BASE LEGAL. En cumplimiento del artículo 6 del Reglamento (UE) 2016/679 FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO SL le solicita su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales informándole que dicho tratamiento tiene su base legal en el contrato de prestación de servicios que une a ambas partes.

FINALIDAD DEL TRATAMIENTO. En cumplimiento del artículo 13 del Reglamento Europeo de Protección de Datos, le informamos de que los datos serán incluidos en el sistema de tratamiento CLIENTES siendo la finalidad gestionar los datos de los clientes, emitir facturas así como llevar a cabo la gestión económica contable, la gestión administrativa de cobros y pagos y el histórico de relaciones comerciales.

CESIONES DE DATOS. Sus datos podrán ser cedidos al registro civil, al ayuntamiento, al médico de guardia, administración pública con competencia en la materia y a la administración tributaria por imperativo legal, a bancos y entidades financieras para la domiciliación de pagos y a entidades aseguradoras, sacerdotes, medios de comunicación y todas aquellas organizaciones que sean precisas para cumplir con los trámites necesarios para la correcta prestación de nuestros servicios.

PERIODOS DE CONSERVACIÓN. Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para la ejecución del presente contrato de prestación de servicios o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales y atender las posibles responsabilidades que pudieran derivar del cumplimiento de la finalidad para la que los datos fueron recabados.

EJERCICIO DE DERECHOS. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de datos y oposición y limitación a su tratamiento mediante escrito dirigido a FUNERARIA-TANATORIO APOSTOL SANTIAGO SL. RÚA BOISACA Nº 11 CP15890-SANTIAGO DE COMPOSTELA acompañando fotocopia de DNI o en su defecto documento que acredite su debida identidad o bien con carácter previo a tal actuación solicitar con las mismas señas que le sean remitidos los impresos que el responsable del tratamiento dispone a tal efecto. Podrá contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos en la Dirección lopd@megamailconsultores.es

DERECHO A RECLAMAR. Si considera que no ha obtenido satisfacción plena en el ejercicio de sus derechos, podrá presentar una reclamación ante la autoridad nacional de control dirigiéndose a estos efectos a la Agencia Española de Protección de Datos, C/ Jorge Juan, 6 - 28001 Madrid.

Asimismo, con la firma este documento, nos autoriza a publicar una esquila con sus datos identificativos, los del difunto y los de aquellos familiares directos que nos haya facilitado con la finalidad de distribuirlos a medios digitales o escritos, en nuestra página web y en medios radiofónicos para dar a conocer el acto luctuoso y el lugar y la hora de celebración. Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para la difusión del sepelio y sólo serán cedidos a los medios de comunicación encargados de la publicación.

FDO. Cliente



ES IMPRESCINDIBLE LA PRESENTACIÓN DEL D.N.I. DEL FALLECIDO Y DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE, COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y LICENCIA DE ENTERRAMIENTO ORIGINAL.

NOMBRE / NOME
 MAXIMINO
 PRIMER APELLIDO / PRIMERO APELLIDO
 IGLESIAS
 SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
 GARCIA

15.5 en la forma

EXPED: 08-06-2007 VAL: 08-06-2017
IDESP

NACIÓ EN NACEU EN	PONTECESURES	EL	03-02-1959	SEXO SEXO	V-M
PROVINCIA PROVINCIA	PONTEVEDRA				
MUJO / A DE FILO / A DE	CANDIDO / JOSEFA				
DOMICILIO DOMICILIO	RUA. SAN XULIAN 20				
LOCALIDAD LOCALIDADE	PONTECESURES				
PROVINCIA PROVINCIA	PONTEVEDRA	EQUIPO EQUIPO	36961L6D1		

```
IDESP35434505S1<<<<<<<<<<<<
5902039M1706088ESP<<<<<<<<<<4
IGLESIAS<GARCIA<MAXIMINO<<<<
```

ES **REINO DE ESPAÑA**
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

70076895N

DNI 70076895N A1119238



APELLIDOS
IGLESIAS
GRELA
NOMBRE
CANDIDO

SEXO
M NACIONALIDAD
ESP NACIMIENTO
12 07 1989

EMISION
13 09 2021 VALIDEZ
13 09 2031

NUM SOPORTE
CAI1119238

 **581056**

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL IDENTIDAD

DOMICILIO
**C. BALSAIN 82 P04 A
LA ESTACION
COLLADO VILLALBA
MADRID**



LUGAR DE NACIMIENTO
**PONTECESURES
PONTEVEDRA**

HUOJA DE
MAXIMINO / MIRÁGROS

282511601

**IDESPCAI119238270076895N<<<<<<
8907127M3109133ESP<<<<<<<<<<<1
IGLESIAS<GRELA<<CANDIDO<<<<<<<<**



https://certificados.cgcom.es

A00WVOEBRH

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

MEDICO

PONTEVEDRA

Sello/Carimbo

Colegio de

105052474

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña.

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

Colegio actual

Colegio actual

Nº de colegiado/a

Nº de colexiado/a

363600530

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Ano

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

☐ Pasaporte

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Ano

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?:

Domicilio particular

Domicilio particular

Centro hospitalario

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Lugar de traballo

Otro lugar

Outro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PANADA CARDIORESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA CARDIACA

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ANITIMIA CARDIACA

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

ESQUILAZO RAXA

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Si

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Si

No/Non

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?: / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?:

Accidente de tráfico No/Non
Accidente de tráfico Si/Si

Accidente laboral No/Non
Accidente laboral Si/Si

Fecha del mismo: Día

Data do mesmo: Día

Mes

Mes

Año

Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
 2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
 3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
 4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
 5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.
- Nota: as dúas liñas de cadros previstas para cada apartado deben considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.*