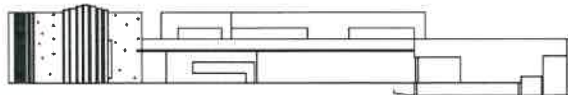




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 16 de febrero de 2024

Don/Doña Xoana Regos Sanz, con DNI 45874377A y domicilio en Rúa Castillo, 32 - 1º - Adeje - Santa Cruz de Tenerife en su condición de Madre de XOAQUÍN TINY REGOS,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 13:30 horas del día 17 de febrero de 2024, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de XOAQUÍN TINY REGOS fallecido en A Coruña a las 16:37 horas del día 15 de febrero de 2024; la cual se realizará en FÉRETRO BIODEGRADABLE.

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 APÓSTOL 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.: Xoana Regos Sanz
DNI: 45874377A

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 APÓSTOL 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

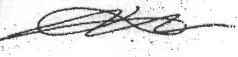


ES IMPRESCINDIBLE LA PRESENTACIÓN DEL D.N.I. DEL FALLECIDO Y DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE, COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y LICENCIA DE ENTERRAMIENTO ORIGINAL.

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELIÇOS
**REGOS
SANZ**
 NOME / NOME
XOANA
 SEXO / SEXO
F NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
08-04-1987
 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / VALOREZ
BHY168211 13 09 2028

DM 45874377A  **843200**

DOMICILIO / DOMICILIO
**RUA. SAN PAIO DO MONTE DE 64
SAN PAIO DO MONTE
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA**
 EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1
 LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
**SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA**
 MADRE DE / FILLOA DE
JOSE ANTONIO / CARIDAD HERMELINDA

IDESPBHY168211345874377A<<<<<<
8704083F2809137ESP<<<<<<<<<<<<<9
REGOS<SANZ<<XOANA<<<<<<<<<<<<<<

MADRE

**CARTÃO DE CIUDADANO
CITIZEN CARD** **PORTUGAL**

APELIDOS / APELIÇOS
TINY D'ASSUNÇÃO DA GLÓRIA ESTEVES
 NOME / NOME
OSVALDE
 SEXO / SEXO
M ALTURA / ALTURA
1,72 NACIONALIDADE / NACIONALIDADE
PRT DATA DE NASCIMENTO / DATA DE NASCIMENTO
28 08 1981
 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / VALOREZ
31415290 3 ZW6 20 07 2030



ESPAÑA

CERTIFICADO DE REGISTRO DE CIUDADANO DE LA UNIÓN
 El encargado del Registro Central de Extranjeros certifica que:

D.D.: **OSVALDE TINY D'ASSUNCAO DA GLORIA ESTEVES**
 Nacido: **28/08/1981 CONCEICAO SAO TOME, PORTUGAL**
 NIE: **Y6472827-C** Nacionalidad: **PORTUGAL**
 Domicilio: **C ENRIQUE IV 48 P01 B**
ARRECIFE (LAS PALMAS)
 Residente comunitario en España desde 13/09/2018 (1)

En ARRECIFE, a 12 de Junio de 2020


 Fdo.: Oscar Valera Tena

PADRE



CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRICIÓN DE NACIMIENTO

A presente certificación literal expedíuse coa autorización prevista no art. 81 da Lei do Rexistro Civil e contén o teor literal do/s asento/s solicitado/s que se transcriben nos seguintes parágrafos, segundo resulta/n dos datos que constan no rexistro individual da persoa que figura en dito/s asento/s. Declárase que a presente certificación só dá fe das circunstancias que indica a Lei 20/2011 para cada feito ou acto que se comprende no asento ou asentos aos cales esta se refire a mesma (artigos 44.2, 59.5, 62.1 da Lei 20/2011, do 21 de xullo, do Rexistro Civil).

ASENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRICIÓN PRINCIPAL DE NACIMIENTO

Nº Asento: **1707208006145**

Data Inscripción Rexistro Electrónico de Seguridade: **06/02/2024 09:26**

Código persoal do rexistro individual do inscrito: **3LPYRHREG00060318088J**

(3-3) DATOS DE IDENTIDADE DO/DA INSCRITO/A. (8-3) Nome: **XOAQUÍN** (7-3) Primeiro apelido: **TINY** (7-3) Segundo apelido: **REGOS** Sexo: (3-4-1) **HOME** (9-4-4) Hora de nacemento: **14:56** (9-7-3) Data de nacemento: **02/02/2024** (2-4-3) Lugar: **COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA, CORUÑA, A** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

DATOS DO PROXENITOR A.- (8-1) Nome: **OSVALDE** (7-1) Apelidos: **TINY D'ASSUNÇÃO DA GLÓRIA ESTEVES** Sexo: (3-4-1) **HOME** (8-1) Fillo/a **MANUEL** (8-2) e de **JESUÍNA MARIA**, (2-4-1) nacido/a en **CONCEIÇÃO** (2-1-1) País: **SANTO TOME Y PRINCEPE**. (9-7-1) Data: **28/08/1981** (4-1) Estado: **SOLTEIRO/A** (6-1-1) Nacionalidade: **PORTUGAL** Tipo de documento de identidade: **NON ACREDITADO e TIE (TARX. RES)** número: **Y6472827C** número de soporte/tarxeta: **4605971**. (2-1-2) Domicilio: **RUA CASTILLO Núm. 0032 Piso: P01** (2-1-3-2) Localidade: **ADEJE** (2-1-1-3) Provincia: **SANTA CRUZ DE TENERIFE** (2-1-1) País: **ESPAÑA** Código Postal: **38670**.

DATOS DO PROXENITOR B.- (8-1) Nome: **XOANA** (7-1) Apelidos: **REGOS SANZ** Sexo: (3-4-2) **MULLER** (8-1) Fillo/a **XOSÉ ANTÓN** (8-2) e de **CARIDADE ERMELINDA**, (2-4-1) nacido/a en **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**. (9-7-1) Data: **08/04/1987** (4-1) Estado: **SOLTEIRO/A** (6-1-1) Nacionalidade: **ESPAÑA** Tipo de documento de identidade: **DNI** e número de identificación: **45874377A**. (2-1-2) Domicilio: **RUA CASTILLO Núm. 0032 Piso: P01** (2-1-3-2) Localidade: **ADEJE** (2-1-1-3) Provincia: **SANTA CRUZ DE TENERIFE** (2-1-1) País: **ESPAÑA** Código Postal: **38670**.

TIPO DE PARTO: **SINXELO**.

MATRIMONIO DOS PROXENITORES: **NON EXISTE**.

A inscrición practícase en virtude de: **DECLARACIÓN** realizada por D/Dª. **XOANA REGOS SANZ** con Tipo de documento de identidade: **DNI** e número de identificación: **45874377A**. Segundo consta no expediente **20240205/004493** deste Rexistro Civil.

DATOS DO ASINANTE:

Nome e apelidos: **MARIA MERCEDES SANTOS GARCIA**

En calidade de: **ENCARGADO**

Data de sinatura: **06/02/2024 09:26**

E para que conste e produza os efectos oportunos, emítese o presente certificado literal do Rexistro Civil.



¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Sí ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineración condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis



En A CORUÑA, a 15 de FEBRERO de 2024

Firma del médico
Sinatura do médico

989073
RAQUEL DÍAZ
SOTO 15/09678.0

Instrucciones básicas de Certificación:

La OMS recomienda que en la cumplimentación de las causas de defunción se comience por la **causa Inmediata** y se termine por la **causa Inicial o fundamental**, es decir, en un orden natural de arriba hacia abajo, respondiendo a las palabras "**debido a**" que facilitan la comprensión del concepto de **secuencia lógica**, tan importante para la selección de la Causa Básica de Defunción.

Causa básica de defunción: "Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal".

1 Intervalo de tiempo aproximado

Anotar el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada afección y el momento de la defunción, de tal forma que el tiempo anotado en el apartado I.(a) debe ser inferior o igual a I.(b), y éste a su vez inferior o igual a I.(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el período en una única unidad de tiempo y tan solo hay que rellenar una por proceso y línea. Si hubiera que anotar más de un proceso en una línea, el tiempo anotado debe corresponder al primer proceso informado (el más importante).

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 45 ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

2 Causa inmediata:

(a) Indicar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. No se trata de indicar las modalidades de la muerte, sino la enfermedad, el traumatismo o la complicación causante del fallecimiento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

debido a ☐ ☐ 3 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3 Causas intermedias:

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba indicada.

Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotarán en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotará una única causa, la que haya sido desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Ejemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10

Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas y/o siglas.
3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
4. Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos y síntomas.

Nota: Las dos líneas de cuadrados previstas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

Instruccions básicas de Certificación:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción se comece pola **causa Inmediata** e se remate coa **causa Inicial ou fundamental**, é dicir, nunha orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo ás palabras "**debido a**" que facilitan a comprensión do concepto de **secuencia lóxica**, tan importante para a selección da Causa Básica de Defunción.

Causa básica de defunción: "Enfermidade ou lesión que iniciou a cadea de acontecementos patolóxicos que conduciron directamente á morte, ou as circunstancias do accidente ou violencia que produciu a lesión fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunción, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) debe ser inferior ou igual a I.(b), e este á súa vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluíntes, é dicir, hai que expresar o período nunha única unidade de tempo e tan só hai que encher unha por proceso e liña. Si houber que anotar máis dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado(o máis importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o número 99.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ 45 ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

2 Causa inmediata:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patolóxico que produciu a morte directamente. Non se trata de indicar as modalidades da morte, senón a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Ejemplo: (a) Hemorraxia cerebral

debido a ☐ ☐ 3 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que producira a causa arriba indicada.

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou á defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 10

5 Outros procesos:

Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5

Otras recomendacións

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 cadrados previstas para cada apartado deben considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE A CORUÑA

Calle Emilia Pardo Bazán n.º 24

15005 A Coruña

e-mail: registrocivil.acoruna@justicia.es

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dña. XOAQUIN TINY REGOS con DNI/NIE núm. NO CONSTA ocurrida en A Coruña, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 15 de FEBRERO del 2024 a las 16:37 horas; **SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver** de la persona reseñada, **una vez transcurran doce horas desde la hora del fallecimiento.**

En A Coruña, a 16 de FEBRERO del 2024.

LA ENCARGADA
Maria Mercedes Santos García

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
16/02/2024 14:07

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Dirección General de Seguridad Jurídica y Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:Pf5f-rx&E-n2XB-YuEc

