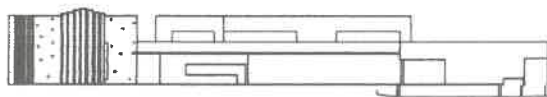




APOSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 14 de octubre de 2024

Don/Doña Ramón Xosé Bello Sánchez, con DNI 79315850M y domicilio en Carballo en su condición de Representante de CAROLAIS FABIANA DIAZ CALVETE,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 14:00 horas del día 14 de octubre de 2024, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de CAROLAIS FABIANA DIAZ CALVETE fallecido en Coruña a las 16:00 horas del día 12 de octubre 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.

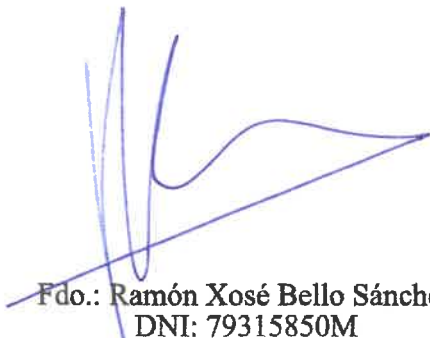
2. Introducción.

- ☐ 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.: Ramón Xosé Bello Sánchez
DNI: 79315850M

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.

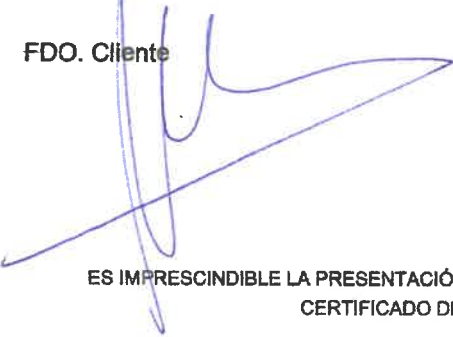
PERIODOS DE CONSERVACIÓN. Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para la ejecución del presente contrato de prestación de servicios o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales y atender las posibles responsabilidades que pudieran derivar del cumplimiento de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

P<URYDIAZ<CALVETE<<CAROLAIS<FABIANA<<<<<<<<
D154128<<8URY8810241F2806055056074100<<<<36

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105520449

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Cámbalo

D./Dña. SALVADOR PEREIRA SANTELESFORO

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurgia, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

A CADUÑA

, con el número
, co número

A CADUÑA

Colegio actual/
Colegio actual/Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

7989

1ª colegación
1ª colexación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: CAROLAI S FABIANA

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a: DIAZ

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a: CALVETE

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento Día 24

Data de nascimento

Día

Mes 10

Mes

Año 2023

Año

Sexo: Varón

Sexo:

Varón

Mujer x

Muller

Documento de identidad: D.N.I. Número:

Documento de identidad: D.N.I. Número:

Documento de identidad: Pasaporte Número:

Documento de identidad: Pasaporte Número:

Documento de identidad: N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Documento de identidad: N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:

Número: —

Número:

D 154128

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 16:00

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día 2

Día

Mes 10

Mes

Año 2024

Año

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

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro lugar
Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a)Causas intermedias³ / Causas intermedias³(b) SINDROME ANORXIA CADUENSA
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

(c) ANOREXIA SEVERA

DETERIORO DEL ESTADO GENERAL

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) CANCER UTERINO Y
RECTITIS ACTINICAII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AnosHoras
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AnosHoras
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AnosHoras
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AnosHoras
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
Anos

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

Si/Si

No/Non x

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/Si

No/Non x

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

Accidente de tráfico No/Non x
Accidente de tráfico Si/SiAccidente laboral No/Non x
Accidente laboral Si/SiFecha del mismo: Día
Data do mesmo: DíaMes
MesAño
AnoContinúa al reverso
Continúa ao reverso

Visaciones
Visas

Visaciones
Visas

POLICIA FEDERAL - BRASIL			
2	9	1	5
19	06	18	713 1
CUS 101 MP 3 PRV 10111111			
POLICIA FEDERAL - BRASIL			
2	6	2	7
48	06	18	713 2
CLAS			

YAUAY José Gervasio Arigas Prócer Uruguayo

URU
Sede del Poder Ejecutivo

01111111

01111111

CAROLAIS FABIANA DIAZ CALVETE, nacida el 24/10/1988 en Uruguay, soltera, pasaporte numero D154128, con domicilio en Carballo, Rio Tambre 39- 2º, por el presente escrito.

SOLICITO

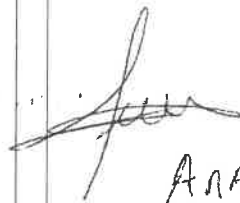
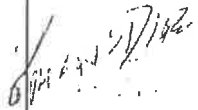
Que en el momento de mi fallecimiento deseo ser incinerada.

Que deseo que las cenizas le sean entregadas a mi amiga: ANA LAURA RODRIGUEZ PAREDES, con NIE Y8344357V.

Que carezco de ingresos económicos suficientes por lo que solicito que el Concello de Carballo se haga cargo del coste económico que supone la incineración.

Lo que solicito en A Coruña a 11 de septiembre de 2024

Fdo.: Carolais Fabiana Díaz Calvete



ANA LAURA Rodríguez
Paredes

Fdo. ante...


M.ª CRISTINA PAZ GALINDO
Col. 697 Trabajadora Social



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. CAROLAIS FABIANA DIAZ CALVETE con PASAPORTE núm. D154218 ocurrida en A Coruña, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 12 de OCTUBRE del 2024 a las 16,00 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 14 de OCTUBRE del 2024.

LA ENCARGADA
Beatriz Latorre Diaz

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
14/10/2024 13:02

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:QWPm-4NfM-sFKS-d\$XW