

SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 27 de noviembre de 2024

Don/Doña Inmaculada Olga García Asorey, con DNI 32356255 Q y domicilio en Rúa Eduardo Pondal, 28 - Santiago en su condición de Madre superiora de SALADINA VILLARAVID DIÉGUEZ,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 17:30 horas del día 28 de noviembre de 2024, en CREMATARIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de SALADINA VILLARAVID DIÉGUEZ fallecida en Santiago de Compostela a las 21:30 horas del día 26 de noviembre 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.: Inmaculada Olga García Asorey
DNI: 32356255 Q

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 lopdpd@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



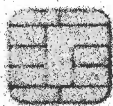
ES  **REINO DE ESPAÑA**
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD 

33794983W 



APELLIDOS / APELLIDOS
VILLARAVID
DIEGUEZ
NOMBRE / NOME
SALADINA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMENTO
F ESP 13 09 1948
EXPIRACIÓN / EXPIRACIÓN VALIDEZ / VALIDEZ
01 02 2022 01 01 9999
NÚM. SOPORTE
CBH142980  307328
NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. EDUARDO PONDAL 28
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
ANTAS DE ULLA
LUGO
NOMBRE DE / NOME DE
ALFREDO / CARMEN

15771161

IDESPCBH142980233794983W<<<<<<<
4809131F9901018ESP<<<<<<<<<<<<8
VILLARAVID<DIEGUEZ<<SALADINA<<

FALLECIDA

ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS
GARCIA
ASOREY
NOMBRE
INMACULADA OLGA
SEXO NACIONALIDAD
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO
03 02 1943
NÚM. SOPORTE VALIDEZ
SHE168817 01 01 9999  579968
DNI 32356255Q

DOMICILIO
C. FUENTE CHICA 17 PB
MADRID
MADRID



LUGAR DE NACIMIENTO
LALIN
PONTEVEDRA
NOMBRE DE
BALDONERO / DANIELA

283911601

IDESP8ME168817632356255Q<<<<<<<
4302034F9901018ESP<<<<<<<<<<<5
GARCIA<ASOREY<<INMACULADA<OLGA

SOLICITANTE

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido
3,63 Euros. Direitos autorizados, I.V.E. incluido.

OMC

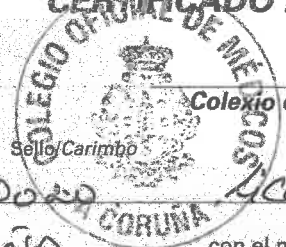
ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN



Colegio de



Colegio de

105604245

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Jesus Guzman Cortes
D. / Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en LA CORUÑA
en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en SANTIAGO
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
1º colegiación
1ª colexación
153604982

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: SALADINA
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: VILLARVID
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: DIEGUEZ
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 13 Mes 09 Año 1948
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒ Muller

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33794983-J
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 21:30 Día 26 Mes 11 Año 2024
Hora : minutos Día Mes Año

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: SANTIAGO DE COMPOSTELA
En que concello ocorreu a defunción?:

Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo Outro lugar

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

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) FALLO CIRCULATORIO
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) INFECCION RESPIRATORIA
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

(c) ☐
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) ENFERMEDAD DE PARKINSON
Debido a/Debido a
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵
☐
Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ Años ☐

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?
Sí/Sí ☐ No/Non ☒
¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?
Sí/Sí ☐ 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 laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/Sí ☐ Accidente laboral Sí/Sí ☐
Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día Mes Ano

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

02



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de SALADINA VILLARAVID DIEGUEZ , con documento identificativo DNI, 33794983W según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 26 DE NOVIEMBRE DE 2024 a las 21:30 horas, acaecida en SANTIAGO DE COMPOSTELA.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a 27 DE NOVIEMBRE DE 2024 .

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
27/11/2024 12:01

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:SVfX-2ZaC-DfGQ-dB\$C

