OTROS CONCEPTOS

CELTI Centro mod 1: Funding Box • 618.646.914 TPV
Factura: The Funding Box Group SL
Calle Méndez Álvarez, 20 - 28045 Madrid Fra 1640
B86586047 - chauero29@hotmail.com
enviada 17/12/2024

CELTI Centro mod 1: José y Mari Carmen TPV • SIMPLI 1699
Centro mod 1: Con cariño de Nelly Vázquez • efectivo
CELTI Centro 18 rosas bl: Nuestro más sentido pésame a toda la familia Natalia y Nina • web SIMPLI 1700

CELTI CENTRO (74'80): ANTONIO, OBDULIA Y SONIA • (CHECH)

odolmen@gmail.com 1639

WEB ST-5

FALLECIDO: JOSÉ ANTONIO CARRACEDO DOMÍNGUEZ
Fecha de fallecimiento 16 DE DICIEMBRE DE 2024
Domicilio AVDA ROMERO DONALLO, 27-4 B MAYTE
Teléfonos: 639710897 JUAN E-mail: 639830867

DKV 4 x

CONCEPTOS	Servicio pres
Arca modelo PADOVA Medida	599
Capilla ardiente SALA QUINTANA Sala Prep. SÍ Libro SÍ	628+5
Gestión funeraria SÍ ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado DOMICILIO AL COMPLEJO	
MARTES 14:30 Prensa SÍ VOZ DE GALICIA 2,5x2 mód. Edición GENERAL	569
Radio SÍ - MARTES	111 57
Recordatorios fúnebres / ~~tarjetas~~ SÍ 300	
Ómnibus acompañamiento NO	
Turismo id. JUANJO SACE AL TANATORIO	—
Certificado médico SÍ (061) Registro Civil SANTIAGO	3
Carroza Personal	
Ayunt.º: Sepultura BORNEIRO - STA MARTA	
Iglesia SAN JUAN DE BORNEIRO	
Incineración CURA PARA DAR SALIDA: JUANJO Urna:	30 (922
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino 689605651 (SACRISTÁN + CAMPANERO) + 1 LAXE	
Cantores AVISA SACERDOTE Funeral: LÍNDER	170 (92
Flores CORONA R/B A TÚA DONA •	14
CORONA R/B OS TEUS FILLOS E FILLOS POLT. •	140
CENTRO 18 R/B E/C OS TEUS NETOS •	80
ESQUELA MURAL EN DOMICILIO	
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento VESTIR ☒ Rosario	2660 7210

ESQUELA MURAL Y CERRADO DE FUNCIÓN (Hospital

FALLECIDO:

Id. de los padres [illegible]

Naturaleza LAXE Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 14 DE JUNIO DE 1948

Profesión Estado CASADO Domicilio

AVDA. ROMERO DONALLO, 27-4-B - SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento:

Fecha: 10:08 horas del día 16 de DICIEMBRE de 2024

Domicilio SU DOMICILIO

Cementerio SAN JUAN DE BORNEIRO Ayunt.º CABANA DE BERGANTIÑOS

Cónyuge: Nombre AUREA TABOADA LEIRA

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. AUREA TABOADA LEIRA (ESPOSA) D.N.I. 32411542-B

domiciliado en AVDA. ROMERO DONALLO, 27-4-B - SANTIAGO (A CORUÑA)

L SEÑOR

D/ña. JOSÉ ANTONIO CARRACEDO DOMÍNGUEZ "O DOLMEN"

(NATURAL DE LAXE) (VECINO DE SANTIAGO)

falleció en (FUNDADOR DE TIENDAS O DOLMEN) en el día de 16/12/2024 a los 76 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a AUREA TABOADA LEIRA

Hijos JUAN Y MAYTE CARRACEDO TABOADA

Hijos políticos ~~MIGO~~ SANDRA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ Y JORGE ALBERTO GARCÍA QUETGLAS

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos LUCITA, MARISOL, CHELO Y MERCEDES CARRACEDO DOMÍNGUEZ

Hermanos políticos TINO CAGIGAO, JOSÉ MARÍA ÁLVAREZ; PEPE, NELUCHO, LOLA, JAIME Y JULIA TABOADA LEIRA; MARIBEL RODRÍGUEZ, PICHI CASTRO, CARMEN PARDIÑAS Y AGUSTIN BERMÚDEZ.

Nietos Bisnietos NO Tios Sobrinos SI Primos SI

y demás familia.- Conducción MARTES

Funerales

en la iglesia de SAN JUAN DE BORNEIRO (CABANA DE BERGANTIÑOS)

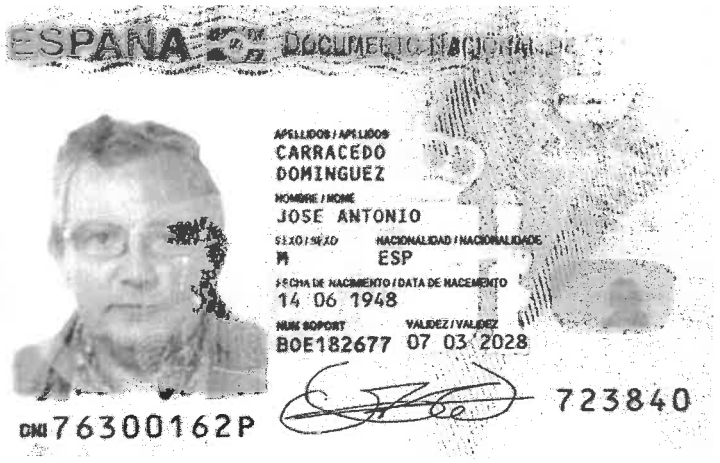
CASA MORTUORIA: SALA QUINTANA

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

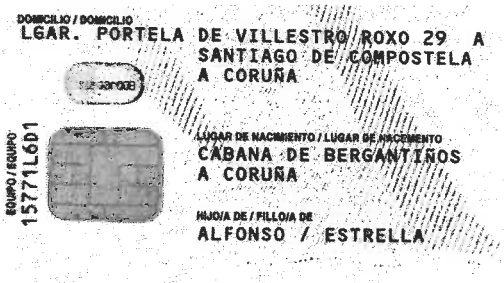
MATEO, SAMUEL Y MAYA

ESQUELA EN GALLEGO



IDESPBOE182677676300162P<<<<<<
4806141M2803076ESP<<<<<<<<<<<6
CARRACEDO<DOMINGUEZ<<JOSE<ANTO

FALLECIDO



IDESPBDD160131132411542B<<<<<<
5205109F2701242ESP<<<<<<<<<<<7
TABOADA<LEMA<<AUREA<<<<<<<<<<<

DECLARANTE (ESPOSA)

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, ~~veinticuatro~~ horas desde el momento de la muerte.

12 horas

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, ~~vintecatro~~ horas desde o momento da morte.

12 horas

Regulamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estende-la inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA
LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de Santiago
Téndose inscrito no Rexistro Civil de
la defunción de don José Antonio Carracedo Domínguez
a defunción de don/a
ocurrida a las 10:08
ocorrida ás
horas del día 16
horas do día
de diciembre **de** 2024
de **de**
según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa
segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa
del fallecimiento:
do fallecemento
concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que
concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as
sean las ~~veinticuatro~~ horas siguientes a la del fallecimiento. 12 horas
~~vintecatro~~ horas do fallecemento
Registro Civil de Santiago
Rexistro Civil de

A 17 **de** diciembre
O **de**
de 2024
de

(El Juez)
(O xuíz)

REXISTRO CIVIL • CONCELLO DE COMPOSTELA • SANTIAGO

OMC — ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de*

Sello/*Carimbo*

Nº Certificado/*Nº certificado*: 105523898

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* JOSE ANTONIO CAJARAVILLE GARABIT

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* A CORUÑA, con el número / *co número*

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* SANTIAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual / *Colexio actual*: Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 15150718 9

1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** JOSE ANTONIO

1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** CARRACEDO

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** DOMINGUEZ

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día*: 14 — Mes / *Mes*: 06 — Año / *Ano*: 1948

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón* [X] — Mujer / *Muller* [ ]

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***

- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 76300162-P
- [ ] Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
- [ ] N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / ***Hora e data da defunción*** — Hora : minutos / *Hora : minutos*: 10:08 — Día / *Día*: 16 — Mes / *Mes*: 12 — Año / *Ano*: 2024

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

- Domicilio particular / *Domicilio particular* [X]
- 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 aproximado**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) OBSTRUCCION INTESTINAL AGUDA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) HIPERTENSION ARTERIAL — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) DISLIPEMIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]

(d) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5]

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / ***¿Houbo indicios de morte violenta?*** — Sí / *Si* [ ] — No / *Non* [X]

¿Se practicó autopsia clínica? / ***¿Practicouse autopsia clínica?*** — Sí / *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 / *Accidente de tráfico* — No / *Non* [X] — Sí / *Si* [ ]

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* [ ] — Sí / *Si* [ ]

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* — Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

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

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I☐ II☐ III☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*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/*En* SANTIAGO, a/*a* 16 de/*de* DICIEMBRE de/*de* 2024

Firma del médico
Sinatura do médico

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 ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

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 ↓ Horas 3☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐☐

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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐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 ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐5

II

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 ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 1 0

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.

Instrucións 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 transcorrido 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días — Horas ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Anos ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — debido a ↓ Horas 3☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐☐

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, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐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.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 1 0

II

5 Outros procesos:

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

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐5

Outras 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.

Santiago, 16 de diciembre de 2024

Dña. Áurea Taboada Lema, en calidad de esposa de D. José Antonio Carracedo Domínguez (q.e.p.d.), autoriza a Funeraria Tanatorio Apóstol Santiago, S.L. a consumir el capital regulador de la póliza en mejora del servicio funerario.

Fdo. Dña. Áurea Taboada Lema
DNI 32411542B

CEMENTERIO:

SAN JUAN DE BORNEIRO (CABANA DE BERGANTIÑOS)

RETIRAR CENIZAS: NO

Puerta de cristal:

PANTEÓN FAMILIAR:

Propiedad de:

ANTONIO CARRACEDO
Y ESPOSA

3º	LIBRE
2º	LIBRE AQUI
1º	LIBRE
	(Cenicero)

Comprobar medidas

JOSEFA → 667023457
AGUSTÍN → 696040134

MINISTERIO
DE LA PRESIDENCIA, JUSTICIA
Y RELACIONES CON LAS CORTES

registrocivil
registro civil · erregistro zibila · rexistro civil

CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

La presente certificación literal ha sido expedida con la autorización prevista en el art. 81 de la Ley del Registro Civil y contiene el tenor literal del/de los asiento/s solicitado/s que se transcriben en los siguientes párrafos, según resulta/n de los datos obrantes en el registro individual de la persona que figura en dicho/s asiento/s. Se declara que la presente certificación sólo da fe de las circunstancias que indica la Ley 20/2011 para cada hecho o acto que se comprende en el asiento o asientos a los que se refiere la misma (artículos 44.2, 59.5, 62.1 de la Ley 20/2011, de 21 de Julio, del Registro Civil).

ASIENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asiento: **1734429655470**
Fecha Inscripción Registro Electrónico de Seguridad: **17/12/2024 11:00**
Código personal del registro individual del inscrito: **3MJDZYWU500076300162P**

DATOS DE IDENTIDAD DEL/DE LA INSCRITO/A: (8-6) Nombre: **JOSÉ ANTONIO** (7-6) Primer apellido: **CARRACEDO** (7-6) Segundo apellido: **DOMÍNGUEZ**, (8-6-1) Hijo/a de **ELISEO** (8-6-2) y de **SOLEDAD**, (3-4-1) Sexo: **HOMBRE** (4-1) Estado: **CASADO/A** (6-1) Nacionalidad: **ESPAÑA** Tipo de documento acreditativo de identidad: **DNI**, número: **76300162P**.

(2-4-2) Nacido/a en: **LAXE** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA** (9-7-1) Fecha: **14/06/1948**

(2-1-2) Domicilio último: **AVENIDA ROMERO DONALLO** Nº: **27** Piso: **4º** Puerta: **B** (2-1-3-2) Lugar: **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**..

La inscripción se practica en virtud de: **DECLARACIÓN** realizada por **JOSÉ DOMÍNGUEZ PÉREZ** con Tipo de documento de identidad: **DNI** y número de identificación: **33200436M** según consta en el expediente nº **20241217/008795** del Registro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: **10:08** (9-9) Día: **16/12/2024** (2-6) Lugar: **SU DOMICILIO** Población: **SANTIAGO DE COMPOSTELA** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

El enterramiento será en: **CEMENTERIO SAN JUAN DE BORNEIRO** (2-1-3-2) Población: **CABANA DE BERGANTIÑOS** (2-1-1-3) Provincia: **CORUÑA, A** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

DATOS DE FIRMANTE:
Nombre y Apellidos: **EVA BERNARDEZ PEREIRAS**
En calidad de: **ENCARGADO/A**
Fecha de firma: **17/12/2024 11:00**

Y para que conste y surta los efectos oportunos, se emite el presente certificado literal del Registro Civil.