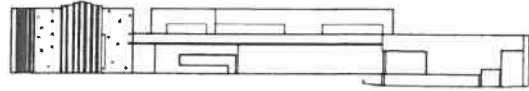




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 3 de abril de 2025

Don/Doña Manuel José Rodríguez Gómez, con DNI 32438024C y domicilio en Calle Capitán Juan Varela, 10, 4º Derecha - A Coruña en su condición de hijo de JOSÉ MANUEL VALIÑO RODRÍGUEZ,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 21:30 horas del día 4 de abril de 2025, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de JOSÉ MANUEL VALIÑO RODRÍGUEZ fallecido en Boimorto a las 22:00 horas del día 2 de abril de 2025; 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.: Manuel José Rodríguez Gómez
DNI: 32438024C

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 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.

ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMER APELLIDO
VALIÑO

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
RODRIGUEZ

NOMBRE Y NOMBRE
JOSE MANUEL

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDAD
M ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
15 08 1941

IDESP
AP0131905

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

VRJ

Jose M. Valino

DNI NÚM.
76498108Q

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
SOBRADO

PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA/PAIS
A CORUÑA

MADRE DE / MADRE DE
BALTASAR / RUDESINDA

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. ARENTIA 30

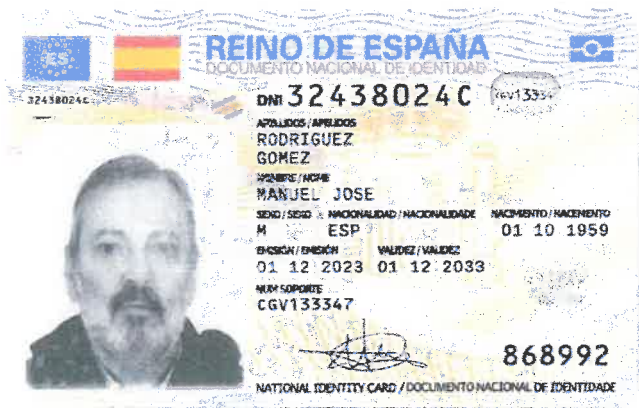
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
ANDABAO

BOIMORTO

PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA/PAIS
A CORUÑA

EQUIPO: EQUIPO
15381A6D1

IDESPAP0131905476498108Q<<<<<<<
4108155M9901018ESP<<<<<<<<<<<<1
VALINO<RODRIGUEZ<<JOSE<MANUEL<



DNI 32438024C

MANUEL JOSE

SEXO / SEXO	NACIONALIDAD / NACIONALIDADE	NACIMIENTO / NACIMENTO
M	ESP	01 10 1959

EMISIÓN/EMISIÓN	VALIDEZ/VALIDEZ
01 12 2023	01 12 2033

NUM SOPENITE
CGV133347

868992

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE



DONCELLO/DONCELLO
C. CAPITAN JUAN VARELA 10 P04 DR
A CORUÑA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
A CORUÑA
A CORUÑA

MANUEL / VISITACION

IDESPCGV133347232438024C<<<<<<
5910014M3312016ESP<<<<<<<<<<4
RODRIGUEZ<GOMEZ<<MANUEL<JOSE<<

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

https://certificados.cgcom.es

4YTBG5SPND

Id. electrónico/Id. electrónico

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105456342

D./Dña. Salvador Vilagón Hernández Sarmiento

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

Coruña

con el número

Colegio actual

Nº de colegiado/a

en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en

PAE. Arxas

co número

150203070

1ª colegiación

y con ejercicio profesional en

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

Jose Manuel

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

Valiño

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Rodríguez

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento de identidad:

☒

D.N.I.

Número:

Número:

D.N.I.

Número:

Pasaporte

Número:

Pasaporte

Número:

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Documento de identidad:

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

Año

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

Boimorto

Domicilio particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado¹Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

(c) Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) Infarto No HADKING

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Debido a/Debido a

¿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:

Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso

Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Si ☒ 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 Boiro a 02 de Abril de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico



15/32023-78

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 periodo 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 4 5 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 Horas 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 mas estados morbosos, se anotarán en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a 2 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 Horas Días Meses Años

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

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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela **causa imediata** 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 Defunção.

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 defunção, 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 excluyentes, é dicir, hai que expresar o periodo 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 4 5 Meses Años

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 Horas Días Meses Años

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algun, 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 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 Horas Días Meses Años

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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas Días Meses Años 1 0

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

Horas Días Meses Años 5

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
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.



LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / INCINERACIÓN
OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE SOBRADO DOS MONXES
EXPEDIENTE Nº 20250403/021527 SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª JOSE MANUEL VALIÑO RODRIGUEZ con Documento Identificativo DNI y Nº 76498108Q, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 02 de ABRIL de 2025, a las 22:00 horas, acaecida en RESIDENCIA SOCIO-SANITARIA; SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran veinticuatro horas desde el fallecimiento.

En Sobrado a 03 de ABRIL de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
03/04/2025 14:38

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:F2pe-&tV9-VXgR-6nje

