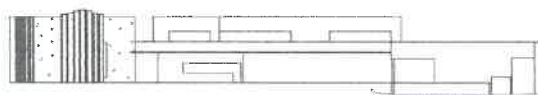




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 10 de septiembre de 2025

Don/Doña Eduardo José Martínez Torrado, con DNI 35465313 A y domicilio en Avenida de Pontevedra, 21 - Vilagarcía de Arousa (Pontevedra) en su condición de Representante de BALTASAR SANTIAGO OZORES LEYUN,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 21:30 horas del día 10 de septiembre de 2025, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de BALTASAR SANTIAGO OZORES LEYUN fallecido en Vilagarcía de Arousa a las 13:42 horas del día 9 de septiembre 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.: Eduardo José Martínez Torrado
DNI: 35465313 A

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





pompas fúnebres
de
arosa

Pompas Fúnebres de Arosa, S.L.
Avda. de Pontevedra, 21
36617 - Vilagarcía de Arousa
Pontevedra

AUTORIZACIÓN PARA CREMACIÓN Y ENTREGA DE CENIZAS

Por medio del presente documento, el abajo firmante, se declara representante **autorizado por la familia** para dar autorización a **Pompas Fúnebres de Arosa, S.L.** a realizar el servicio de cremación solicitado, eximiendo a ésta de toda responsabilidad frente a cualquier reclamación que se pudiese presentar contra la misma, por carecer de autorización suficiente para la realización del servicio de **CREMACIÓN**. Se libera por tanto a **Pompas Fúnebres de Arosa, S.L.** de la total responsabilidad, asumiéndola el abajo firmante en este documento de Autorización:

D.: **María Fátima Ozores Leyún**, con DNI: **35452525A** en calidad de Hermana, con domicilio en C/Bolivia, 12 - P06 IZ de Madrid, solicito de Pompas Fúnebres de Arosa, S.L. la cremación de los restos mortales de tipo:

CADÁVER:	☒
RESTOS CADAVERICOS:	☐
CENIZAS:	☐
De D. Baltasar Santiago Ozores Leyún (Q.E.P.D.) con D.N.I. Nº: 35459893B Fallecido el: 9-9-2025 a las 13:42	
Fdo: María Fátima Ozores Leyún DNI: 35452525A	

Portador marcapasos: SI ☐ NO ☒ Otros ☐ Especificar:
Asistencia a la introducción: SI ☐ NO ☒ Día: **10/09/2025** Hora: **19:30**
Esperan en Sala 7 hasta la entrega de Cenizas: SI ☐ NO ☒
Urna Biodegradable: SI ☐ NO ☒ Modelo: **AROSA**

ENTREGA DE CENIZAS

Fecha de Entrega de Cenizas: **11/09/2025** a las **12:00**
Lugar: **Iglesia Parroquial de Sta. María de Rubianes**

Persona autorizada a recoger las cenizas de NO ser el declarante:	Receptor cenizas:
D.: _____ con DNI: _____	Fdo: María Ozores

Consentimiento Reglamento General de Protección de Datos

POMPAS FÚNEBRES DE AROSA, SL con dirección postal en C/ Avda. Pontevedra, 21; 36617 - Vilagarcía de Arousa (Pontevedra) y Correo electrónico dpo@ppffa.com, le informa que tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado, así como para atender sus solicitudes de información y fidelizarle como cliente. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que existe una obligación legal. Usted tiene derecho a obtener confirmación sobre si estamos tratando sus datos personales, por tanto, tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios, limitar y oponerse a su tratamiento y a solicitar la portabilidad de sus datos. Estos derechos puede ejercerlos mediante solicitud, adjuntando copia de su DNI, dirigida a nuestra dirección de contacto o por correo electrónico. También tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. Puede ampliar esta información consultando la Política de Privacidad en la Web www.ppffa.com

Por Pompas Fúnebres de Arosa, S.L. Fdo: Patricia Vázquez García DNI: 440895670 B: 36.025.765 Avda de Pontevedra, 21 36617 Cea, Vilagarcía, Pontevedra T: 986 50 11 01 - 03 • F: 986 50 58 46 contacto@ppffa.com Exp: 546 P76/25	Aceptación RGPD: Fdo.: María Fátima Ozores Leyún DNI.: 35452525A
--	--

En Vilagarcía de Arousa, a 9 de septiembre de 2025

AENOR	AENOR	AENOR	AENOR	AENOR
GESTIÓN DE LA CALIDAD	SERVICIOS FUNERARIOS	GESTIÓN AMBIENTAL	COMPROMISO CON LAS PERSONAS MAYORES	COMPROMISO CON LAS FAMILIAS
ISO 9001	UNE-EN 15057	ISO 14001		

Avda. de Pontevedra, 21
36617 Cea | Vilagarcía | Pontevedra
T. 986 50 11 01 - 986 50 11 03
F. 986 50 58 46
contacto@ppffa.com
www.ppffa.com

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



DNI 35459893B

APELLIDOS / APELLIDOS
OZORES
LEYUN
NOMBRE / NOME
BALTASAR SANTIAGO
SEXO / SEXO
M NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
23 03 1971
NUM. EXPOSICIÓN VALIDEZ / VALIDADEZ
BBF108688 20 04 2026

Baltasar

466368

DOMICILIO / DOMICILI
C/MO. REAL 3

VILAGARCÍA DE AROUSA
PONTEVEDRA

FECHA DE EXPIRACIÓN
36961601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
VILAGARCÍA DE AROUSA
PONTEVEDRA

ESPOSA DE / ESPOSA DE
FERNANDO / MARIA TERESA

IDESPBBF108688435459893B<<<<<<<
7103232M2604206ESP<<<<<<<<<<<9
OZORES<LEYUN<<BALTASAR<SANTIAG

FALLECIDO

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 35465313A

APellidos / APELLIDOS
MARTINEZ
TORRADO

Nombre / NOME
EDUARDO JOSE

Sexo / SEXO
M

Nacionalidad / NACIONALIDADE
ESP

Nacimiento / NACIMENTO
26 04 1981

Emisión / EMISSION
26 06 2024

Validez / VALIDEZ
26 06 2034

Identificación / IDENTIFICATION
CIH188921

115904

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

Domicilio / DOMICILIO
RUA. FONTECARMOA 138
VILAGARCÍA DE AROUSA
PONTEVEDRA

Lugar de nacimiento / LUGAR DE NACIMENTO
VILAGARCÍA DE AROUSA
PONTEVEDRA

Nombre de familia de /
EDUARDO FRANCISCO / LOURDES

IDESPCIH188921435465313A<<<<<<<
8104269M3406267ESP<<<<<<<<<<<<8
MARTINEZ<TORRADO<<EDUARDO<JOSE

SOLICITANTE

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOSCERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN<https://certificados.cgcom.es>

A70BFWNMU4

Id. electrónico/Id.e. electrónico

Colegio de

MÉDICO

PONTEVEDRA

Colegio de

105337778

Nº Certificado/Nº certificado

Sello/Carimbo

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colegiado/a

363605538

1ª colegiación
1ª colegiación

D./Dña.

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

MARIA GAYOSO COUCE

PONTEVEDRA

HOSPITAL DO SAINES

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

BALTAZAR SANTIAGO

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

OZORES

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

LEYUN

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

23

Mes

Mes

03

Año

Año

1971

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:Documento
de identidade:☒ D.N.I.☐ D.N.I.☐ Pasaporte☐ Pasaporte☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

13:42

13:42

Día

Día

09

09

Mes

Mes

09

09

Año

Año

2025

2025

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

VILAGARCÍA DE AROUSA

Domicilio particular

Domicilio particular

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) NEOPLASIA PULMON ESTADIO IV

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) OBESIDAD MORBIDA

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
Años

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) NEOPLASIA PULMON ESTADIO IV

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

FIBRILACION ARITMICA

Horas
HorasDías
DíasMeses
MesesAños
Años

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

Sí/Si

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Si

No/Non

¿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

Sí/Si

Accidente laboral

Accidente laboral

No/Non

Sí/Si

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 Magace, a 9 de SEPTIEMBRE de 2025

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐
Días 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 más 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

☐ ☐ ☐ ☐ 5
Horas Días Meses Años

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

☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Horas Días Meses Años

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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 dizer, 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 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 excluíntes, é dizer, 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐
Días 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 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).

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

☐ ☐ ☐ ☐ 1 0
Horas Días Meses Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

☐ ☐ ☐ ☐ 5
Horas Días Meses Años

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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 GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE VILAGARCIA DE AROUSA

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª

BALTASAR SANTIAGO OZORES LEYUN

con Documento Identificativo DNI Nº 35459893-B, según la
certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 9 de
SEPTIEMBRE de 2025, a las 13:42 horas, acaecida en
VILAGARCIA DE AROUSA;

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

En Vilagarcía de Arousa a 10 de SEPTIEMBRE de 2025.



