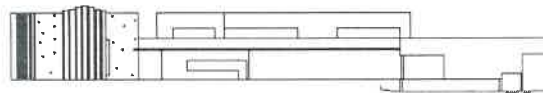




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 1 de febrero de 2026

Don/Doña María del Pilar Martín Mata, con DNI 44808479V y domicilio en Lamas, 13 - Cacheiras - Teo en su condición de Hermana de ENRIQUE MOSQUERA MATA,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 18:30 horas del día 2 de febrero de 2026, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de ENRIQUE MOSQUERA MATA fallecido en Santiago de Compostela a las 10:09 horas del día 1 de febrero de 2026; 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.: María del Pilar Martín Mata
DNI: 44808479V

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 esquila 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



ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELLIDOS
MOSQUERA
MATA
NOMBRE / NOME
ENRIQUE
SEXO / SEXO
M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
08 12 1960
NUM. DOCUMENTO
BJF179159 VALIDEZ / VALIDEZ
07 03 2029

DNI 33250229A

772416

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. LAMAS 13

CACHEIRAS
TEO
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
TEO
A CORUÑA

HUO DE / FILLOA DE
HERMINIO / MARIA DOLORES

IDESPBJF179159733250229A<<<<<<<
6012085M2903079ESP<<<<<<<<<<<<<6
MOSQUERA<MATA<<ENRIQUE<<<<<<<<<<

FALLECIDO

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELLIDOS
MARTIN
MATA
NOMBRE / NOME
MARIA DEL PILAR
SEXO / SEXO
F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
25 11 1974
NUM. DOCUMENTO
BNX106125 VALIDEZ / VALIDEZ
08 09 2026

DNI 44808479V

857344

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. LAMAS 13

CACHEIRAS
TEO
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
TEO
A CORUÑA

HUO DE / FILLOA DE
VICENTE / MARIA DOLORES

IDESPBNX106125044808479V<<<<<<<
7411250F2609083ESP<<<<<<<<<<<<<7
MARTIN<MATA<<MARIA<DEL<PILAR<<

DECLARANTE

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Colegio de



Colegio de

105971762

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. IAGO DE LARRINAGA ROMERO

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

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

151513378

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 08

Día 08

Mes 12

Mes 12

Año 1960

Año 1960

Sexo:

Sexo:

Varón ☒Varón ☒Mujer ☐Muller ☐Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número:

Número:

Número:

Número:

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

10:09

10:09

Día 01

Día 01

Mes 02

Mes 02

Año 2026

Año 2026

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

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) FRACASO MULTIORGÁNICO 05 00 00 00
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³(b) SHOCK SEPTICO REFRACTARIO 07 00 00 00
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c) 00 00 00 00
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) PROCTOSIGMOIDITIS 24 00 00 00
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵ADENOCARCINOMA PULMONAR 00 00 01 00
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses 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 No/Non ☒

Accidente de tráfico

Sí/Si ☐Accidente laboral No/Non ☒

Accidente laboral

Sí/Si ☐

Fecha del mismo: Día

Data do mesmo: Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a 02 de **FEBRERO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **ENRIQUE MOSQUERA MATA** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33250229A** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **01 de FEBRERO de 2026** a las **10:09** horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

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



