APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO

SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 8 de marzo de 2026

Don/Doña María Concepción Martínez Hermo, con DNI 15949591B y domicilio en Lugar San Benito, SN - Pezobres - Santiso - A Coruña en su condición de hija de DANIEL MARTÍNEZ REY,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 19:00 horas del día 9 de marzo de 2026, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de DANIEL MARTÍNEZ REY fallecido en Melide a las 10:45 horas del día 8 de marzo 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 Concepción Martínez Hermo
DNI: 15949591B

ES IMPRESCINDIBLE LA PRESENTACIÓN DEL D.N.I. DEL FALLECIDO Y DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE, COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y LICENCIA DE ENTERRAMIENTO ORIGINAL.

Inscrita en el Registro Mercantil de La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja Nº: C-21527, Inscripción 1ª

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
APELLIDOS / APELLIDOS
MARTINEZ
REY
NOMBRE / NOME
DANIEL
SEXO / SEXO
M
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
19 06 1930
NIDE SOPORT
BOC134197
VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999
DNI 15017121F
653120

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. SAN BENITO SN
PEZOBRES
SANTISO
A CORUÑA
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
RIVEIRA
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / DOLORES
IDESPBOC134197215017121F<<<<<<
3006195M9901018ESP<<<<<<<<<<<3
MARTINEZ<REY<<DANIEL<<<<<<<<<<

FALLECIDO

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
MARTINEZ
HERMO

NOMBRE / NOME
MARIA CONCEPCION

SEXO / SEXO
F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
05 10 1959

NUM SOPORT
BOC134050

VALIDEZ / VALIDEZ
04 03 2031

DNI 15949591B

758464

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. SAN BENITO SN
PEZOBRES
SANTISO
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
DONOSTIA / SAN SEBASTIAN
GIPUZKOA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
DANIEL / JUANA

EQUIPO / EQUIPO
36369L6D1

IDESPBOC134050615949591B<<<<<<
5910058F3103049ESP<<<<<<<<<<<<4
MARTINEZ<HERMO<<MARIA<CONCEPCI

HIJA.

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

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de — Sello: COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA - — *Colexio de*

Nº Certificado/*Nº certificado*: 105986495

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.*: ROSA Mª PRIETO GRAÑA

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

Colegio actual / *Colexio actual* — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 363604316 — 1ª colegiación / *1ª colexiación*

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en*: MELIDE

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a / *Nome do falecido/a*: DANIEL
1er Apellido del fallecido/a / *1er Apelido do falecido/a*: MARTINEZ
2º Apellido del fallecido/a / *2º Apelido do falecido/a*: REY

Fecha de nacimiento / *Data de nacemento*: Día 19 Mes 06 Año 1930 — Sexo / *Sexo*: Varón / *Varón* [X] Mujer / *Muller* [ ]

Documento de identidad / *Documento de identidade*: [X] D.N.I. Número: 15017121-F — [ ] Pasaporte Número: — [ ] N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* Número:

Hora y fecha de la defunción / *Hora e data da defunción*: Hora : minutos 10 : 45 — Día 08 Mes 03 Año 2026

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / *¿En que concello ocorreu a defunción?*: ~~MELIDE~~ SANTISO Vale [illegible]

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* [ ]

(Sello: 8819881 DRA. SARA [illegible])

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / ***Causas de defunción*** *(consultar instrucións na páxina 2)* — Intervalo de tiempo aproximado / *Intervalo de tempo aproximado*[1]

I. Causa inmediata[2] / *Causa inmediata*[2]
(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA — Horas Días Meses Años

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / *Causas intermedias*[3]
(b) HTA — Horas Días Meses Años

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas Días Meses Años

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / *Causa inicial ou fundamental*[4]
(d) INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA — Horas Días Meses Años

II. Otros procesos[5] / *Outros procesos*[5]
DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE — Horas Días Meses Años

¿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* [X] Sí/*Si* [ ]

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

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

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

¿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* Melide, a/*a* 8 de/*de* Marzo de/*de* 2026

Firma del médico
Sinatura do médico

5054CC
DRA.ROSA PRIETO
GRANJA ...5

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:

	Horas	Días	Meses	Años
Para mes y medio, anotar 45 días		45		

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.

		Horas	Días	Meses	Años
Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral	debido a ↓	3			

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).

		Horas	Días	Meses	Años
Ejemplo: (b) Hipertensión arterial	debido a ↓				2
(c) Pielonefritis crónica	debido a ↓				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.

	Horas	Días	Meses	Años
Ejemplo: (d) Adenoma prostático				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.

	Horas	Días	Meses	Años
Ejemplo: Diabetes				10

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:

	Horas	Días	Meses	Anos
Para mes e medio, anotar 45 días		45		

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.

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

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).

		Horas	Días	Meses	Anos
Exemplo: (b) Hipertensión arterial	debido a ↓				2
(c) Pielonefrite crónica	debido a ↓				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.

	Horas	Días	Meses	Anos
Exemplo: (d) Adenoma prostático				10

II

5 Outros procesos:

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

	Horas	Días	Meses	Anos
Exemplo: Diabete				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.

MINISTERIO
DE LA PRESIDENCIA, JUSTICIA
Y RELACIONES CON LAS CORTES

registrocivil

LICENZA DE INCINERACIÓN

OFICINA COLABORADORA DE REGISTRO CIVIL DE SANTISO
EXPEDIENTE NÚM.20260309/012833 SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de D/Dª DANIEL MARTINEZ REY con Documento Identificativo DNI y Nº 15017121F, segundo la certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día 08 de MARZO de 2026, as 10:45 horas, ocorrida en DOMICILIO PARTICULAR;
CONCÉDESE AUTORIZACIÓN para incinerar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran vinte e catro horas hábiles desde a do falecemento.

En Santiso o 09 de MARZO de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
09/03/2026 11:12	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	JOSE MANUEL SILVOSA TALLON	ENCARGADO

RG:HhDX-7qhN-yQKy-Yjf&