



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 22 de abril de 2026

Don/Dña María del Carmen García Novo, con DNI 7649615D y domicilio en Travesía Peregrina, 12 - 1º C - Bertamiráns - Ames en su condición de esposa de EDUARDO REY ALFONSÍN,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 19:30 horas del día 23 de abril de 2026, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de EDUARDO REY ALFONSÍN fallecido en Santiago de Compostela a las 18:45 horas del día 22 de abril 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 Carmen García Novo
DNI: 7649615D

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





~~John H. Re~~

33195195-P

NACIÓ EN JAPOTERRIA	BRION	EL JAPOTEGUNA	02-08-1949	SEXO	V-M
PROVINCIA PROSINTZIA	A CORUÑA			ESTRUA	
NACIÓ A DE GURASOAK	AMANUEL / MARIA				
DOMICILIO NOLBIDEA	TSIA PEREGRINA 12 1 C				
LOCALIDAD NEPUNA	BERTAMIRANS				
PROVINCIA PROSINTZIA	A CORUÑA	EQUIPO TALDEA	20541L6D1		

IDESP33195195P3<<<<<<<<<<<<<<
4908023M1609053ESP<<<<<<<<<<2
REY<ALFONSIN<<EDUARDO<<<<<<<<

FALLECIDO



M. del Carmen Garcia 572864

DNI 76496215D

DOMICILIO / DOMICILIO
TSIA. PEREGRINA 12 P01 C
BERTAMIRANS
AMES
A CORUÑA

15771L601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
URDILDE
ROIS
A CORUÑA

HUJIA DE / FILLO/A DE
MANUEL / AVELINA

IDESPBA180399676496215D<<<<<<
5108222F2805243ESP<<<<<<<<<3
GARCIA<NOVO<<MARIA<DEL<CARMEN<

SOLICITANTE (ESPOSA)


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105942965

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

Roi Soto Feijoo

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en

A CORUÑA

, con el número

y con ejercicio profesional en

SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con ejercicio profesional en

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

151513319

1ª colegiación
1ª colegiación
CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

EDUARDO

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

REY

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

ALFONSO

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒ D.N.I.

Número:

33195195-P

Documento
de identidad:☐ Pasaporte

Número:

☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

18:45

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

18:45

Día

Mes

Año

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

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro lugar
Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) INSUFICIENCIA CARDIACA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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

Mes

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 **23** de **ABRIL** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **EDUARDO REY ALFONSÍN** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33195195P** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **22 DE ABRIL DE 2026** a las **18:45** 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.

