



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 28 de abril de 2026

Don/Doña José Domínguez Pérez, con DNI 33200463M y domicilio en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela en su condición de Representante de Restos MARÍA DOLORES BLANCO LÓPEZ,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 13:00 horas del día 30 de abril de 2026, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de Restos MARÍA DOLORES BLANCO LÓPEZ fallecida en Monforte de Lemos a las 01:30 horas del día 4 de marzo 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.: José Domínguez Pérez
DNI: 33200463M

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

5-218526C

REINO DE ESPAÑA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 34238326C

APELLIDOS, APELLIDOS

BLANCO

1 LOPEZ

NOMBRE, NOMBRE

MARIA DOLORES

SEXO, SEXO

F

NACIONALIDAD, NACIONALIDADE

ESP

NACIMIENTO, NACIMIENTO

13 12 1948

EMISIÓN, EMISIÓN

29 11 2023

VALIDEZ, VALIDEZ

01 01 9999

NUM. SOPORTE

CGP191007

212480

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

5-218526C

274661601

DOMICILIO / DOMICILIO

LGAR. SANTA MARIA DE BERMUN 3

CHANTADA

LUGO

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO

BERMUN

CHANTADA

LUGO

HIJO/A DE / FILLO/A DE

JESUS / ELIA

IDESPCGP191007934238326C<<<<<<<

4812133F9901018ESP<<<<<<<<<<<1

BLANCO<LOPEZ<<MARIA<DOLORES<<<

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



https://certificados.rcom.es

UHHDWRIJOR

Colegio de



Colegio de

105410595

Nº Certificado/Nº certificado

D. DAA
D. DAA

en Medicina y Cirugía, colegiada en
en Medicina y Cirugía, colegiada en
y con ejercicio profesional en
y con ejercicio profesional en

DUNIA CID GÓMEZ, licenciada
LUJO
TUNISIA DE UNOS

Colegio actual
Colegio actual

Nº de Colegiación
Nº de Colegiación

, con el número
, co número

27.3605503

Plazo de
Plazo de

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a

Nombre de fallecido/a

1º Apellido del fallecido/a

1er Apellido del fallecido/a

2º Apellido del fallecido/a

2º Apellido del fallecido/a

MARIA DOLORES

LUJO

LUJO

Fecha de nacimiento
Data de naixement

Día 13

Mes 12

Año 1948

Sexo:

Varón

Mujer

Documento
de Identidad

D.N.I.

Número:

34238326-2

Documento
de Identidad

Pasaporte

Número:

—

Documento
de Identidad

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

—

Hora y fecha de la defunción
Hora e data de defunció

Hora : minutos

01:30

Día 04

Mes 03

Año 2025

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

MONTE DE UNOS

Domicilio particular
Domicili particular

Centro hospitalario

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunció (consultar instruccions na pàgina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Debido a/Debido a

(b)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

(c)

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) NEOPLASIA MAMA METASTÁSICA

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas 00 Días 00 Meses 00 Años 00

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

SV/Si

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

SV/Si

No/Non

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunció ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?:

Accidente de tráfico

No/Non

Accidente laboral

No/Non

Accidente de tráfico

SV/Si

Accidente laboral

SV/Si

Fecha del mismo: Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

Mod. CMD-BED-G

000000

000000

(ver instrucciones en página 2)
(consultar instruccions na pàgina 2)

01

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/CREMACIÓN
JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA E INSTRUCCIÓN DE GUARDIA
DE MONFORTE DE LEMOS (LUGO)

ACREDITADA LA DEFUNCIÓN DE

MARIA DOLORES LÓPEZ BLANCO
CON DNI/NIE/PASAPORTE
34 238 326 - C

SEGÚN LA CERTIFICACIÓN MÉDICA PRESENTADA QUE ACREDITA LA FECHA DE LA
MUERTE EL DÍA

4 marzo de 2025

A LAS

01:30 A.M

HORAS, OCURRIDA EN

HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN PARA (marcar lo que proceda)

DAR SEPULTURA

☐

☒ DONAR A LA CIENCIA

INCINERAR

☐

AL CADÁVER DE LA PERSONA RESEÑADA UNA VEZ TRANSCURRA EL PLAZO
LEGALMENTE ESTABLECIDO DESDE EL FALLECIMIENTO.

EN MONFORTE DE LEMOS A 10 marzo 2025

SR/SRA LETRADO/A DE LA ADMINISTRACIÓN DEL JUZGADO DE GUARDIA





CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

La presente certificación literal ha sido expedida con la autorización prevista en el art. 81 de la Ley del Registro Civil y contiene el tenor literal del/de los asiento/s solicitado/s que se transcriben en los siguientes párrafos, según resulta/n de los datos obrantes en el registro individual de la persona que figura en dicho/s asiento/s. Se declara que la presente certificación sólo da fe de las circunstancias que indica la Ley 20/2011 para cada hecho o acto que se comprende en el asiento o asientos a los que se refiere la misma (artículos 44.2, 59.5, 62.1 de la Ley 20/2011, de 21 de Julio, del Registro Civil).

ASIENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asiento: **1741087422773**

Fecha Inscripción Registro Electrónico de Seguridad: **04/03/2025 12:23**

Código personal del registro individual del inscrito: **3MPKGYW3T00034238326C**

DATOS DE IDENTIDAD DEL/DE LA INSCRITO/A: (8-6) Nombre: **MARIA DOLORES** (7-6) Primer apellido: **BLANCO** (7-6) Segundo apellido: **LOPEZ**, (8-6-1) Hijo/a de **JESUS** (8-6-2) y de **ELIA**, (3-4-1) Sexo: **MUJER** (4-1) Estado: **VIUDO/A** (6-1) Nacionalidad: **ESPAÑA** Tipo de documento acreditativo de identidad: **DNI**, número: **34238326C**.

(2-4-2) Nacido/a en: **CHANTADA** (2-1-1-3) Provincia: **LUGO** (2-1-1) País: **ESPAÑA** (9-7-1) Fecha: **13/12/1948**

(2-1-2) Domicilio último: **AVENIDA MONFORTE Nº: 32 Piso: 2 Puerta: B** (2-1-3-2) Lugar: **CHANTADA** (2-1-1-3) Provincia: **LUGO**

(2-1-1) País: **ESPAÑA**. Código Postal: **27500**.

La inscripción se practica en virtud de: **DECLARACIÓN** realizada por **PAZ FERNANDEZ CAMPO - FUNERARIA** con Tipo de documento de identidad: **DNI** y número de identificación: **34267035W** según consta en el expediente nº **20250304/015358** del Registro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: **01:30** (9-9) Día: **04/03/2025** (2-6) Lugar: **HOSPITAL COMARCAL DE MONFORTE** Población: **MONFORTE DE LEMOS** (2-1-1-3) Provincia: **LUGO** (2-1-1) País: **ESPAÑA**.

El enterramiento será en: **CADÁVER DONADO AL ESTUDIO DE LA CIENCIA A LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

DATOS DE FIRMANTE:

Nombre y Apellidos: **ALVARO MELERO CARVAJAL**

En calidad de: **ENCARGADO/A**

Fecha de firma: **04/03/2025 12:23**

Y para que conste y surta los efectos oportunos, se emite el presente certificado literal del Registro Civil.



