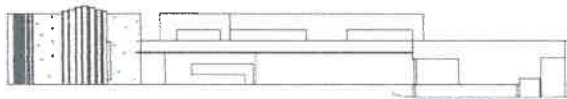




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 3 de junio de 2026

Don/Doña María Yolanda Rivero Leis, con DNI 33173806D y domicilio en Plaza de Europa, 10, 5º A - Santiago de Compostela (A Coruña) en su condición de esposa de JESÚS VAAMONDE IGLESIAS,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 19:00 horas del día 4 de junio de 2026, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de JESÚS VAAMONDE IGLESIAS fallecido en Santiago de Compostela a las 19:19 horas del día 3 de junio 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 Yolanda Rivero Leis
DNI: 33173806D

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





ESPAÑA  **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



APELLIDOS / APELIOS
RIVERO
LEIS

NOMBRE / NOME
MARIA YOLANDA

SEXO / SEXO **NACIONALIDAD / NACIONALIDADE**
F **ESP**

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
15 02 1947

NUM SOPORT **VALIDEZ / VALIDADE**
BMV109525 **01 01 9999**



DNI 33173806D **131072**

DOMICILIO / DOMICILIO
PLZA. EUROPA 10 P05 A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

15771L601

EURO / EUROPO

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

NIJ/A DE / FILLO/A DE
LUCAS / CARMEN

IDESPBMV109525633173806D<<<<<<
4702151F9901018ESP<<<<<<<<<<2
RIVERO<LEIS<<MARIA<YOLANDA<<<<

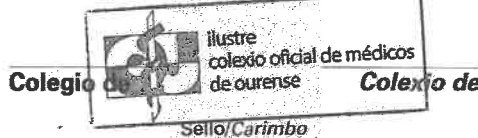
SOLICITANTE (ESPOSA)



https://certificados.cgcom.es

GVHY3VLM7M

Id. electrónico/Id. electrónico



104070166

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Alejandra Fernández García
D. / Dña.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en Santiago de Compostela, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en Santiago de Compostela, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
1 5 2 7 0 3 6 4 1
1ª colegiación
1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: JESUS
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: VAQUONDE
1er. Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: IGLESIAS
2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 14 Mes 12 Año 1946
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón ☒ Muller ☐

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 33181892-E
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 19:19 Día 03 Mes 06 Año 2026
Hora : minutos Día Mes Año

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? Santiago de Compostela
Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐
Domicilio particular ☒ Centro hospitalario ☐ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de traballo ☐ 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 aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) PROGRESION DE ENFERMEDAD
CEREBRAL
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³
(b) ADENOCARCINOMA DE PULMON
ESTADIO IV
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) ADENOCARCINOMA DE PULMON
ESTADIO IV
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta? No/Non ☒ Sí/Si ☐ ¿Se practicó autopsia clínica? / Practícouse autopsia clínica?
No/Non ☒ Sí/Si ☐

¿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 laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐

Fecha del mismo: Día 03 Mes 06 Año 2026
Data do mesmo: Día Día Mes Mes Año Año

En Santiago de Compostela, a 3 de junio de 2026
En a de de

Firma del médico
Sinatura do médico



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 **04** de **JUNIO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **JESÚS VAAMONDE IGLESIAS** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE **33181892E** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **03 DE JUNIO DE 2026** a las **19:19** 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.



