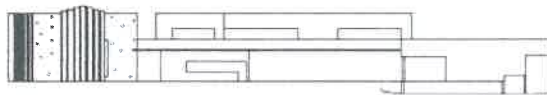




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 17 de agosto de 2026

Don/Doña Vicente Nieto Pardo, con DNI 33232603H y domicilio en en su condición de hijo de MANUEL NIETO MIRÁS,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 23:00 horas del día 18 de agosto de 2026, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de MANUEL NIETO MIRÁS fallecido en Ames a las 13:40 horas del día 17 de agosto 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.: Vicente Nieto Pardo
DNI: 33232603H

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 lopdp@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



Manuel de la Cruz

33180759-Q

IDESP33180759Q2<<<<<<<<<<<<<<<
2301310M9912315ESP<<<<<<<<<<4
NIETO<MIRAS<<MANUEL<<<<<<<<<<

FALLECIDO

DONICILIO DOMINICO
RUA. LEDIN-BALCAIDE 36
TEO
A CORUÑA

15771609

LUGAR DE NACIMIENTO : LUGAR DE NACIMIENTO
CARACAS
VENEZUELA

FILIA DE FILLEDA DE
MANUEL / MARIA CONCEPCION

IDESPCAR111291433232603H<<<<<<
5803295M3109270ESP<<<<<<<<<<<9
NIETO<PARDO<<VICENTE<<<<<<<<<

SOLICITANTE



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106127282

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. JAVIER ROSAS PECHER, licenciado
D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en Bertamión, co número
y con ejercicio profesional en Bertamión
e con ejercicio profesional en

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiación
Nº de colegiación

15320378

1º colegiado
1º colegiado

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1º Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Sexo:

Sexo:

Varón

Varón

Mujer

Muller

Documento
de identidad:

Documento
de identidade:

☒

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

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

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 instrucciones na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata / Causa inmediata

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

(a)

Causas intermedias / Causas intermedias

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

(b)

Causa inicial o fundamental / Causa inicial ou fundamental

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

(d)

II. Otros procesos / Outros procesos

(c)

(c)

(c)

(c)

(c)

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Si ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineração

Si/Si ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos
☐ Existencia de prótesis/Existência de próteses

En AME, a 17 de agosto de 2026
En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
Assinatura do médico

6972692
DR. JAVIER ROZAS
MICHEL

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:

Para mes y medio, anotar 45 días

Horas: ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐
Días: ☐ ☐ ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Años: ☐ ☐

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.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

debido a ☐ ☐ 3 ☐ ☐ ☐ ☐
Horas: ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Años: ☐ ☐

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).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐
Horas: ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Años: ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐
Horas: ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Años: ☐ ☐

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.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas: ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Años: ☐ 5

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Ejemplo: Diabetes

Horas: ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Años: ☐ 1 0

Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente botígrafo 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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela causa imediata e se remate com a causa inicial ou fundamental, é dizer, numa orde natural de arriba para a abaixo, respondendo às palavras "debido a" que faciliten a compreensão do conceito de sequência lógica, tan importante para a seleção da Causa Básica de Defunção.

Causa básica de defunção: "Enfermidade ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram directamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal".

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido entre o começo de cada afeição e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) deve ser inferior ou igual a I.(b), e este à sua vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucessivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, é decir, 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas: ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐
Días: ☐ ☐ ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Años: ☐ ☐

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.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

debido a ☐ ☐ 3 ☐ ☐ ☐ ☐
Horas: ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Años: ☐ ☐

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, anotarase na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐
Horas: ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Años: ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐
Horas: ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Años: ☐ ☐

4 Causa inicial ou fundamental:

(d) Enfermidade ou lesão que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduziron à morte. Anótase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou a defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descripción das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas: ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Años: ☐ 1 0

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

Horas: ☐ ☐ Días: ☐ ☐ Meses: ☐ ☐ Años: ☐ 1 0

Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente botígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
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.

LICENZA DE ENTERRAMIENTO / CREMACIÓN
OFICINA COLABORADORA DO REXISTRO CIVIL DE AMES
EXPEDIENTE NÚM. 220260818/006905
SOBRE DEFUNCIÓN.

Acreditada a defunción de **don MANUEL NIETO MIRAS** con Documento Identificativo DNI **33.180.759-Q**, co derradeiro enderezo coñecido na **lugar de Padrón 16, Ames, A Coruña**, España, segundo a certificación facultativa presentada, que constata a data da morte o día **17 de agosto de 2026**, ás **13:40 horas**, ocorrida no enderezo anterior; **CONCÉDESE AUTORIZACIÓN** para dar sepultura/cremar o cadáver da persoa referida, unha vez transcorran **doce** horas desde a do falecemento.

En Ames, **18 de agosto de 2026**



