

Referencia: Cementerio
Traslado de Restos

D./ña. _____, *mayor de edad,*
con D.N.I. _____, *domiciliado/a en la calle/plaza:* _____
Núm: _____, *portal:* _____ *piso:* _____, *localidad:* _____,
Provincia: _____ *Código Postal:* _____, *Teléfono:* _____
Natural de: _____, *hijo de* _____ *y* _____,

A vd. SOLICITA:

Autorización para realizar el traslado de restos que a continuación se indica:

ORIGEN:

DESTINO:

PERSONAS:

Se adjunta la siguiente documentación:

La Cistérniga, a _____ de _____ de 20____

EL INTERESADO/A,

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE LA CISTÉRNIGA