



SOLICITUD DE EXAMEN MEDICO LEGAL

Dependencia requirente:

Fecha y Hora de solicitud:

Legajo de Investigación/ Expediente N°:

Juzgado/ UFI interviniente:

PERSONA A EXAMINAR

Nombre y Apellido:

DNI: edad:

Domicilio:

El/la causante es:

FALLECIDO
Informar si presenta Lesiones, características de las mismas, data probable, posible causa de muerte y todo dato que se estime de interés informar

Funcionario Interviniente

Sello de Dependencia Policial

Funcionario a cargo

Firma y sello

Firma y sello

SECCION MEDICINA LEGAL

N° de Protocolo:

Médico Legista de Turno: Dr./Dra.:

Matricula Profesional:

Firma y sello de conformidad para el examen: _____

Fecha _____

Hora _____