**SOLICITUD DE AUTORIZACION SANITARIA PARA INHUMACIÓN DE CADAVER**

**POR VENCIMIENTO DE PLAZO DE LEY**

**(Solicitud con carácter de Declaración Jurada)**

**SEÑOR (A):**

**DIRECTOR(A) GENERAL DE LA DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA SUR.**

**S.D.**

Yo: ……………………………………………………………………………………................................, identificado(a) con D.N.I. N° ……………………....... ó Carné de Extranjería / Pasaporte Nº ………………………., Celular N° ……………………., domiciliado en ……………………..………………………………………………………………., distrito de ....………………………….........., provincia de ………………........, departamento de….…….......................... Estado Civil........................., a usted atentamente digo:

Que, al amparo de lo establecido en la Ley Nº 26298, Ley de Cementerios y Servicios Funerarios y su Reglamento aprobado mediante D.S. Nº 03-94-SA, solicito a su despacho realizar el trámite para obtener la **Autorización Sanitaria para** **INHUMACIÓN DE CADAVER POR VENCIMIENTO DE PLAZO DE LEY**, de quién en vida fue:

Don(ña):…………………………………………………………………………………………………………………………… identificado (a) con DNI ó Carné de extranjería / pasaporte N° ……………………….., quien falleció el día ……………………………….………….., horas………………., en el Hospital ( ), domicilio ( ), vía pública ( ) …………………...…….……………………………., ubicado en ………………………………..……………………………….………..………, distrito de…….………..……………, provincia……….…………., departamento.…….……………… y será inhumado en: .................……………………………………………………………………………., ubicado en ……………………………….………..…………., distrito de………..………., provincia de ………………., departamento de .……………

En ese sentido, **DECLARO BAJO JURAMENTO** ser: ………………………………………… del fallecido (a), conforme a la prelación establecida en el artículo 236° del código civil; de igual forma, declaro bajo juramento, ser responsable de la veracidad de los documentos e información que presento en el procedimiento, de conformidad a lo establecido con el principio de presunción de veracidad establecido en el numeral 1.7 del artículo IV del Título Preliminar del T.U.O. de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, sujetándome a las responsabilidades civiles, penales y administrativas que correspondan, en caso de comprobarse su falsedad, del mismo modo, declaro cumplir con todos los requisitos establecidos en el TUPA/MINSA.

Asimismo, para el trámite se adjunta los siguientes requisitos:

**1.** Copia simple del DNI, Carnet de Extranjería o Pasaporte del solicitante, según corresponda. ( )

**2.** Copia simple del certificado de defunción expedido por el profesional médico ( )

**3.** Copia del DNI del fallecido ( )

**4.** Copia simple del Acta de defunción expedido por RENIEC ( )

**5.** Copia del Acta de matrimonio, en caso de cónyuge ( )

**6.** Copia simple del Certificado de embalsamamiento o de formolización ( )

**POR LO EXPUESTO:**

Se brinde la atención al presente, en el plazo de Ley.

Barranco, …….. de………………………..de…...........

**………………………………………**

**Firma Del Solicitante**

**DNI. Nº: ………………………………………..**

**Teléfono Nº: ………………………………………..**