**SOLICITUD DE AUTORIZACION SANITARIA PARA TRASLADO DE CADAVER**

**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 ordene a quién corresponda se emita la **Autorización Sanitaria para Traslado de Cadáver**, de quién en vida fue:

De quien en vida fue mi…………………………, don/doña………………………………………………………………..…., identificado con DNI N°……………………….., quien falleció el día………………….., horas………………., en el ……………………...…………………………………………………., ubicado en ……….………………………………… ………..………, Distrito de…….……..……………, Provincia……….…………., Departamento.…….……………… a fin de ser trasladado vía .……………….……., al ubicado en ………………………………………………………………, distrito de……………………….…..…………., provincia……………………………..…., departamento.……………..……..…

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. Muerte Natural ( )**

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

**1.2** Copia simple del Certificado de defunción ( )

**2. Muerte Súbita o Violenta ( )**

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

**2.2** Copia simple del Certificado de Necropsia de Ley, suscrito por el Médico Legista o Médico del Establecimiento de salud publico autorizado. ( )

**3. El cadáver a ser enterrado con posterioridad a las 48 horas de su deceso o muerte por enfermedad infecto –contagiosa**

**3.1** Copia simple del Certificado de Embalsamamiento o Formolización, adicional a los demás requisitos. ( )

**POR LO EXPUESTO:**

Se brinde la atención a la presente en el plazo de Ley.

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

**………………………………………**

**Firma Del Solicitante**

**DNI. Nº: ………………………………………..**

**Teléfono Nº: ………………………………………..**