Señores

**SECRETARÍA DE SALUD**

Municipio de Bello.

Por medio de la presente solicito autorización para el TRASLADO DE CADÁVER\_\_\_\_\_RESTOS ÓSEOS\_\_\_\_\_Y/O CENIZA\_\_\_\_\_\_, según los datos consignados a continuación:

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con C.C. Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residenciado en el municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del fallecido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con CC\_\_\_ TI\_\_\_ N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El procedimiento se llevará a cabo en el cementerio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para ser Trasladado a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el día y hora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Observaciones:**

Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ destino final: Osario \_\_\_\_, Cremación \_\_\_, Cenizario \_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma y C.C Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Normatividad Ley 9 de 1979 art. 535; Resolución 1447 de 2009 art. 39; Resolución 5194 de 2010, art 19).*