CONDADO DE SOLANO ESTADÍSTICAS VITALES

FORMULARIO DE SOLICITUD – CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

275 BECK AVE, FAIRFIELD 94533

Núm. De Teléfono (707) 784-8060

Correo Electrónico: VitalStatistics@SolanoCounty.com

Número de copias:_____($26.00 Cada Una)

Seleccione la opción de entrega ☐ Correo ☐ Recoger

****** La forma no ocupa estar notariada, si elige recoger el acta de defunción en persona ******

NOMBRE DEL DIFUNTO: _____

Primero nombre Segundo nombre Apellido

Fecha De Defunción:_____ Ciudad De Defunción:_____ Su Relación con el Difunto: _____

INFORMACION DEL APLICANTE

DECLARACION JURADA

Yo, _____, certifico (o declaro), bajo la pena de perjurio, que soy una persona autorizada según se define en la Sección 103526(c) del Código de Salud y Seguridad de California, y soy elegible para recibir una copia certificada del Certificado De Defunción identificado en este formulario de solicitud, y que lo anterior es verdadero y correcto.

Se Declaró Esta Fecha: _____ Firma: _____

Dirección Postal: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Núm. De Teléfono (Requerido): (____)_____ Correo Electrónico: _____

Favor de poner una fotocopia de su identificación aquí:

Si quieres recibir tu certificado(s) de defunción por correo, la solicitud deberá ser notariada.