



SOLICITO: AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA CREMACION DE CADAVER
(Solicitud con carácter de Declaración Jurada)

**SEÑOR(A) DIRECTOR(A) EJECUTIVO DE SALUD AMBIENTAL E INOCUIDAD ALIMENTARIA
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA ESTE - DIRIS LE**

Yo,, con Documento de Identidad
N°....., Celular N°..... correo electrónico (**para Notificación**)
....., domiciliado.....
..... distrito, Provincia....., Departamento.....

Que, al amparo de la Ley N° 26298; Ley de Cementerios y Servicios Funerarios, su Reglamento y el
Procedimiento N° 171 del TUPA, aprobado por D.S. 001-2016-SA, solicito la Autorización Sanitaria para
CREMACIÓN DE CADÁVER: de quién en vida fue mi:, don/doña.....
....., DNI N°....., quien falleció el
día...../...../....., a horas, en
....., ubicado en.....
....., distrito..... Provincia
Departamento..... y será **CREMADO** en.....
..... ubicado en.....
....., distrito de....., Provincia....., Departamento.....

En ese sentido, **DECLARO BAJO JURAMENTO** ser (parentesco):..... del fallecido (a),
conforme a la prelación establecida en el artículo 236° del Código Civil; así como lo dispuesto en el Art.
IV, inciso 1.7 y Art. 51, que regula la *presunción de veracidad*, según el D.S. N° 004-2019-JUS, decreto
Supremo que aprueba el TUO de la Ley de Procedimiento Administrativo General Ley N° 27444, al cual
me someto, declaro que la información proporcionada es verdadera, asumiendo la responsabilidad
administrativa y/o judicial que se pudiera generar del procedimiento solicitado, para lo cual adjunto los
requisitos correspondientes:

1. Muerte Natural

- 1.1 Copia simple del Carnet de Extranjería o Pasaporte del solicitante, según corresponda ().
- 1.2 Copia simple del Certificado y Protocolo de Necropsia, suscrito por el Médico Anatómo-Patólogo ().

2. Muerte Súbita o Violenta

- 2.1 Copia simple del Carnet de Extranjería o Pasaporte del solicitante, según corresponda ().
- 2.2 Copia simple del Certificado y Protocolo de Necropsia, suscrito por el Médico Legista ().
- 2.3 Copia simple del Certificado de la Autorización del Fiscal Provincial, en caso de ingresar a la morgue (accidente, suicidio o crimen) ().

Por lo expuesto, agradeceré brindar la atención al presente, por encontrarse enmarcado en ley.

.....; de.....del 20.....

.....
(Firma)
Nombres y apellidos:.....

Folios ()

Documento de Identidad N°

Derecho de pago en Banco de la Nación:

Cuenta 00-068-371686 DIRIS LIMA ESTE, SI. 82.70

Constancia de pago N° del.....