



### SOLICITO AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA TRASLADO DE CADÁVER

(Solicitud con carácter de Declaración Jurada)

Director(a) General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este  
S.D.

Yo,..... Identificado con  
D.N.I. N°.....ó Carne de Extranjería N°..... Teléfono fijo N°..... y  
Celular N°....., domiciliado en.....,  
distrito de....., Provincia....., Departamento.....

Solicito realizar el trámite para obtener la Autorización Sanitaria de **TRASLADO DE CADAVER**

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.....  
y será trasladado al camposanto de .....  
ubicado en ..... Distrito  
de....., Provincia....., Departamento.....

Para cuyo trámite se adjunta los siguientes requisitos:

**1. Muerte Natural**

1.1 Copia simple del Certificado de Defunción ( )

**2. Muerte Súbita o Violenta**

2.1 Copia simple del Certificado de Necropsia de Ley, expedido por el Médico Legista o Médico del Establecimiento de Salud Público 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. ( )

Por lo expuesto, agradeceré brindar la atención al presente, manifestando que la información consignada es verdadera.

El Agustino, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_

Nombres y apellidos:.....  
Documento de identidad N°.....

Contiene: ( ) folios

Derecho de pago en Banco de la Nación  
**Cuenta 00-068-371686 DIRIS LIMA ESTE, S/.** 90.20  
B/V N° ..... del.....