

Para la oficina del Registro Civil
A llenar por el médico

MINISTERIO DE SALUD

DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA

Av. Vélez Sarfield 2300
tel. 4688635

Acta N° Folio N°.....

Tomo Serie

El suscriptor Dr. certifica haber comprobado el fallecimiento
de de años de edad, domiciliado en
calle número localidad D.I.
fecha y hora del deceso hora
causa inmediata de la muerte

.....
Firma del médico

.....
Matrícula