



FORMULARIO TOMA IMPRESIONES DACTILARES

AVISO DE FALLECIMIENTO DIGITAL

Apellido y nombre del/de la fallecido/a*: _____

**según declarante*

Datos del Acta de Defunción

ACTA	TOMO	FOLIO	AÑO
Provincia:	Departamento:	Localidad:	Of. Secc:

Impresiones Decadactilares

MANO DERECHA

PULGAR	INDICE	MEDIO	ANULAR	MEÑIQUE

MANO IZQUIERDA

PULGAR	INDICE	MEDIO	ANULAR	MEÑIQUE

Sello de Oficina Seccional

