

**JUZGADO DE PAZ-REGISTRO CIVIL**

**NOVILLAS**

**SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Por la presente solicito la remisión de las siguientes certificaciones:

Número de certificaciones _____ Literal _____ Extracto _____ D.N.I. _____ Negativa _____ Internacional _____
Nombre y Apellidos _____ Fecha de Defunción _____ Lugar de Defunción _____ (Sólo si se conoce): Tomo: _____ Página/Folio _____
Datos del/de la solicitante: Nombre y Apellidos _____ Dirección: Calle _____ núm. ____ Escalera _____ Piso _____ Portal _____ Localidad _____ Código Postal _____ Teléfono: _____

**NOTA.: La certificación interesada se remitirá al domicilio indicado por el/la solicitante, excepto si se requiere autorización para su obtención, en cuyo caso se remitirá al Registro Civil de Zaragoza para su entrega conforme al artículo 2. RRC**

De acuerdo con la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos Personales, informamos que los datos contenidos en el presente documento serán almacenados en un fichero de Servicios Generales titularidad del Ayuntamiento de Novillas, con la única finalidad de gestionar su solicitud. Asimismo, le informamos de la posibilidad que Ud. Tiene de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación respecto de sus datos dirigiéndose al Ayuntamiento de Novillas, Calle Diputación, 10, 50530 Novillas (Zaragoza). Sus datos no serán cedidos a terceros salvo que la ley lo permita o lo exija expresamente.

Novillas, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del/de la solicitante

**AI SR. JUEZ DE PAZ-ENCARGADO DEL REGITRO CIVIL DE NOVILLAS**