VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO

DIRECCIÓN GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DEL ESTADO DE VERACRUZ

SEGOB Secretaría de Gobierno

SOLICITUD DE NACIMIENTO

TRAMITE GRATUITO

EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL

MUNICIPIO: _____
FOLIO: _____
Fecha de recepción _____
Recibió Solicitud _____
Capturó Acta _____
No. de acta _____
Fecha de Registro _____
Recabó firmas y huellas _____

DATOS DEL REGISTRADO

SEXO: HOMBRE_____MUJER_____

NOMBRE: _____
(NOMBRES(S)) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ HORA: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

FUE REGISTRADO: VIVO_____MUERTO_____No. DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO_____

COMPARECIÓ: EL PADRE_____LA MADRE_____AMBOS_____REGISTRADO_____OTRA PERSONA_____

DATOS DEL PADRE

NOMBRE DEL PADRE _____ EDAD_____AÑOS

TELEFONO_____CURP_____ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO HABITUAL _____
(NOMBRE DE LA CALLE, No.EXTERIOR E INTERIOR Y COLONIA)
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____ SEXO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DATOS DE LA MADRE

NOMBRE DE LA MADRE: _____ EDAD_____AÑOS

TELEFONO_____CURP_____ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO HABITUAL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE, No.EXTERIOR E INTERIOR Y COLONIA)
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____ SEXO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

ABUELOS PATERNOS

ABUELO PATERNO: _____ FINADO ☐

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

ABUELA PATERNA: _____ FINADO ☐

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO(S): _____

ABUELOS MATERNOS

ABUELO MATERNO: _____ FINADO ☐

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

ABUELA MATERNA: _____ FINADO ☐

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO(S): _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ CURP_____

NACIONALIDAD: _____ EDAD _____AÑOS TEL: _____

DOMICILIO: _____ PARENTESCO: _____

ESTADO CIVIL: _____

NOMBRE: _____ CURP _____

NACIONALIDAD: _____ EDAD_____AÑOS TEL: _____

DOMICILIO: _____ PARENTESCO: _____

ESTADO CIVIL: _____

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE :

NOTA: FAVOR DE USAR **LETRA DE MOLDE** PARA LLENAR ESTE FORMATO, NO SE ADMITIRA CON RAYADURAS, TACHADURAS O ENMENDADURAS, UTILIZAR TINTA NEGRA O AZUL **NO** UTILIZAR LÁPIZ

Escaneado con CamScanner

PERSONA QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE:_____ CURP:_____

PARENTESCO:_____ EDAD:_____AÑOS FECHA DE NACIMIENTO:_____SEXO:_____

DOMICILIO:_____ PARENTESCO:_____

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DEL PADRE	DE LA MADRE
ESCOLARIDAD	**ESCOLARIDAD**
(1) SIN ESCOLARIDAD (2) DE 1 A 3 AÑOS (3) DE 4 A 5 AÑOS (4) PRIMARIA COMPLETA (5) SECUNDARIA O EQUIVALENTE (6) PREPARATORIA O EQUIVALENTE (7) PROFESIONAL (8) OTRA ULTIMO GRADO APROBADO _____	(1) SIN ESCOLARIDAD (2) DE 1 A 3 AÑOS (3) DE 4 A 5 AÑOS (4) PRIMARIA COMPLETA (5) SECUNDARIA O EQUIVALENTE (6) PREPARATORIA O EQUIVALENTE (7) PROFESIONAL (8) OTRA ULTIMO GRADO APROBADO _____
SITUACION LABORAL	**SITUACION LABORAL**
(1) TIENE TRABAJO ____ESTA BUSCANDO TRABAJO (2) ESTUDIANTE (3) QUEHACERES DEL HOGAR (4) JUBILADO O PENSIONADO (5) INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR (6) OTRA	(1) TIENE TRABAJO ____ESTA BUSCANDO TRABAJO (2) ESTUDIANTE (3) QUEHACERES DEL HOGAR (4) JUBILADA O PENSIONADA (5) INCAPACITADA PERMANENTE PARA TRABAJAR (6) OTRA
OCUPACIÓN	**OCUPACIÓN**
(1) OBRERO (2) EMPLEADO (3) JORNALERO PEON (4) TRABAJADOR POR SU CUENTA (5) PATRON O EMPRESARIO (6) TRABAJADOR FAMILIAR NO REMUNERADO CUANTOS VIVEN EN EL MISMO DOMICILIO:_____	(1) OBRERA (2) EMPLEADA (3) JORNALERA (4) TRABAJADORA POR SU CUENTA (5) PATRONA O EMPRESARIA (6) TRABAJADORA FAMILIAR NO REMUNERADA CUANTOS VIVEN EN EL MISMO DOMICILIO:_____

DATOS COMPLEMENTARIOS DE LOS PADRES

1.- LUGAR DE ATENCION DEL PARTO (1) HOSPITAL O CLINICA OFICIAL (2) HOSPITAL O CLINICA PRIVADA (3) CASA PARTICULAR

2.- PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO (1) MEDICO (2) ENFERMERA (3) PARTERA (4) OTRA ESPECIFIQUE _____

3.-NUMERO DE HIJOS E HIJAS NACIDOS VIVOS TOTAL_____4.- NUMERO DE PARTO (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) O MAS

5.- HIJOS E HIJAS QUE AUN VIVEN TOTAL _____6.- TIPO DE NACIMIENTO (1) SIMPLE (2) DOBLE (3) TRIPLE O MAS

REGISTRO DE NACIMIENTO DE MENORES DE 0 A 180 DIAS

REQUISITOS:

- ✓ Solicitud de registro (Se proporciona de manera gratuita en la Oficialía Registro Civil).
- ✓ Certificado de Nacimiento (original y 2 Copias).
- ✓ Copia certificada del acta de nacimiento de los padres y 1 copia.
- ✓ En caso de estar casado(a) y solo se presente uno de los padres, deberá presentar acta de matrimonio.
- ✓ Identificación Oficial con fotografía, de los padres y dos testigos (copia de las 4 identificaciones en una misma hoja).
- ✓ Comprobante de domicilio del padre, madre o tutor legal (original y copia)
- ✓ CURP de padre y madre o tutor legal**

** En caso de no contar con ellos preguntar al área de curp de la oficialía o ante el oficial del registro civil

Notas importantes:

- Si el menor es mayor de seis meses y nació en un Municipio diferente, deberá presentar Constancia de Inexistencia de Registro del lugar donde nació.
- En caso de que los padres del Registrado sean menores de edad, deberán acompañarse de padre, madre, tutor legal o abuelos (presentando acta de nacimiento e Identificación Oficial), en caso de no contar con quien dé el consentimiento, solicitar informes.

- Los solicitantes extranjeros independientemente de su calidad migratoria, además de lo anterior deberán contar con:

1. Acta de nacimiento legalizada y en su caso traducida por autoridad competente mexicana.
2. Identificación oficial

Nota: El Trámite de Registro es <u>Gratuito</u>

Escaneado con CamScanner

VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO

DIRECCIÓN GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DEL ESTADO DE VERACRUZ

SEGOB Secretaría de Gobernación

Firma Solicitud ☐	EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL
Firma Testigos ☐	MUNICIPIO:
Firma Convenio ☐	Fecha de Recep.
Firma Supletorio ☐	Atendio Rc
Observ.	Fecha Reg.
	Hora
	Acta No.
	Mat.
	No. Folio

SOLICITUD DE MATRIMONIO

Oficial Encargado del Registro Civil.
P R E S E N T E.

Por este conducto venimos a manifestar, que es nuestra voluntad unirnos en matrimonio civil, para ello expresamos que no hay impedimento legal alguno, por lo que solicitamos atentamente se sirva usted señalar día y hora para que se celebre el acto previa ratificación correspondiente.

FECHA ____/____/____
DIA MES AÑO

DATOS DEL CONTRAYENTE

NOMBRE _____ CURP: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD _____ AÑOS NACIONALIDAD _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

DOMICILIO HABITUAL: _____ CP: _____
(CALLE, No EXTERIOR E INTERIOR Y COLONIA)

LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

ESTADO CIVIL _____ TELEFONO _____

DATOS DE LA CONTRAYENTE

NOMBRE _____ CURP: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD _____ AÑOS NACIONALIDAD _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

DOMICILIO HABITUAL: _____ CP: _____
(CALLE, No EXTERIOR E INTERIOR Y COLONIA)

LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

ESTADO CIVIL _____ TELEFONO _____

PADRES DEL CONTRAYENTE

NOMBRE DEL PADRE: _____ CURP: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

DOMICILIO HABITUAL: _____
NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR COLONIA

LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

NOMBRE DEL MADRE: _____ CURP: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

DOMICILIO HABITUAL: _____
NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR COLONIA

LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

PADRES DE LA CONTRAYENTE

NOMBRE DEL PADRE: _____ CURP: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

DOMICILIO HABITUAL: _____
NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR COLONIA

LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

NOMBRE DEL MADRE: _____ CURP: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

DOMICILIO HABITUAL: _____
NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR COLONIA

LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

EL CONTRATO DE MATRIMONIO ESTARÁ SUJETO AL RÉGIMEN DE:

SOCIEDAD CONYUGAL ( ) SEPARACIÓN DE BIENES ( )

_____ NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

_____ NOMBRE Y FIRMA DE LA SOLICITANTE

Escaneado con CamScanner

TESTIGOS DEL CONTRAYENTE

NOMBRE:_____ CURP:_____

FECHA DE NACIMIENTO:_____ ESTADO CIVIL:_____

LUGAR DE NACIMIENTO:_____
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

DOMICILIO HABITUAL: _____
NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR COLONIA

_____ PARENTESCO:_____ ESTADO CIVIL:_____
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

NOMBRE:_____ CURP:_____

FECHA DE NACIMIENTO:_____ ESTADO CIVIL:_____

LUGAR DE NACIMIENTO:_____
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

DOMICILIO HABITUAL: _____
NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR COLONIA

_____ PARENTESCO:_____ ESTADO CIVIL:_____
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

FIRMA DEL TESTIGO FIRMA DEL TESTIGO

TESTIGOS DE LA CONTRAYENTE

NOMBRE:_____ CURP:_____

FECHA DE NACIMIENTO:_____ ESTADO CIVIL:_____

LUGAR DE NACIMIENTO:_____
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

DOMICILIO HABITUAL: _____
NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR COLONIA

_____ PARENTESCO:_____ ESTADO CIVIL:_____
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

NOMBRE:_____ CURP:_____

FECHA DE NACIMIENTO:_____ ESTADO CIVIL:_____

LUGAR DE NACIMIENTO:_____
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

DOMICILIO HABITUAL: _____
NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR COLONIA

_____ PARENTESCO:_____ ESTADO CIVIL:_____
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

FIRMA DEL TESTIGO FIRMA DEL TESTIGO

DATOS COMPLEMENTARIO DEL CONTRAYENTE

ESCOLARIDAD:
( ) SIN ESCOLARIDAD
( ) DE 1 A 3 AÑOS DE PRIMARIA
( ) DE 4 A 5 AÑOS DE PRIMARIA
( ) PRIMARIA COMPLETA _____
ULTIMO GRADO APROBADO

OCUPACIÓN:
( ) TIENE TRABAJO
( ) ESTA BUSCANDOLO
( ) ESTUDIANTE

POSICION EN SU TRABAJO
( ) OBRERO
( ) EMPLEADO
( ) JORNALERO O PEON

( ) SECUNDARIA O EQUIVALENTE
( ) PREPARATORIA O EQUIVALENTE
( ) PROFESIONAL
( ) OTRA

( ) JUBILADO O PENSIONADO
( ) INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA TRABAJAR
( ) DEDICADO A QUEHACERES DEL HOGAR
( ) OTRA

( ) TRABAJADOR POR SU CUENTA
( ) PATRON O EMPRESARIO
( ) TRABAJADOR FAMILIAR NO REMUNERADO
TELEFONO_____

( ) TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA EN VÍA PÚBLICA
( ) TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA EN SU VIVIENDA
( ) TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA EN SU ESTABLECIMIENTO
( ) MIEMBRO DE COOPERATIVA
( ) JUBILADO

DATOS COMPLEMENTARIOS DE LA CONTRAYENTE

ESCOLARIDAD:
( ) SIN ESCOLARIDAD
( ) DE 1 A 3 AÑOS DE PRIMARIA
( ) DE 4 A 5 AÑOS DE PRIMARIA
( ) PRIMARIA COMPLETA _____
ULTIMO GRADO APROBADO

OCUPACIÓN:
( ) TIENE TRABAJO
( ) ESTA BUSCANDOLO
( ) ESTUDIANTE

POSICION EN SU TRABAJO
( ) OBRERO
( ) EMPLEADO
( ) JORNALERO O PEON

( ) SECUNDARIA O EQUIVALENTE
( ) PREPARATORIA O EQUIVALENTE
( ) PROFESIONAL
( ) OTRA

( ) JUBILADO O PENSIONADO
( ) INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA TRABAJAR
( ) DEDICADO A QUEHACERES DEL HOGAR
( ) OTRA

( ) TRABAJADOR POR SU CUENTA
( ) PATRON O EMPRESARIO
( ) TRABAJADOR FAMILIAR NO REMUNERADO
TELEFONO_____

( ) TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA EN VÍA PÚBLICA
( ) TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA EN SU VIVIENDA
( ) TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA EN SU ESTABLECIMIENTO
( ) MIEMBRO DE COOPERATIVA

NOTA: FAVOR DE USAR **LETRA DE MOLDE** PARA LLENAR ESTE FORMATO, NO SE ADMITIRA CON RAYADURAS, TACHADURAS O ENMENDADURAS, UTILIZAR TINTA NEGRA O AZUL **NO** UTILIZAR LÁPIZ

Escaneado con CamScanner

VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO

DIRECCIÓN GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DEL ESTADO DE VERACRUZ

SEGOB Secretaría de Gobierno

EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL
MUNICIPIO:
Recibió Exp.
Capturo Act.
Recabo Firmas:

FORMATO DE REGISTRO DE DEFUNCIÓN

FECHA DE REGISTRO ___/___/___ (DIA / MES / AÑO) ACTA NO. _____

DATOS DEL FINADO

NOMBRE _____ SEXO ( ) H ( ) M
(NOMBRE(S) / PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ EDAD _____ AÑOS NACIONALIDAD _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____
(LOCALIDAD / MUNICIPIO / ENTIDAD FEDERATIVA / PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____
(CALLE, No EXTERIOR E INTERIOR Y COLONIA)

(LOCALIDAD / MUNICIPIO / ENTIDAD FEDERATIVA / PAIS)

ESTADO CIVIL : SOLTERO ( ) CASADO ( ) CURP : _____

NOMBRE DEL CONYUGE _____ NACIONALIDAD _____

FECHA DE NACIMIENTO: SEXO: PAÍS: LOCALIDAD: MPIO:

NOMBRE DEL PADRE: _____ NACIONALIDAD _____

FECHA DE NACIMIENTO: SEXO: PAÍS: LOCALIDAD: MPIO:

DOMICILIO: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NACIONALIDAD _____

FECHA DE NACIMIENTO: SEXO: PAÍS: LOCALIDAD: MPIO:

DOMICILIO: _____

DATOS DEL DECLARANTE

NOMBRE DEL DECLARANTE: _____ EDAD _____

PARENTESCO _____ NACIONALIDAD _____ ESTADO CIVIL _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO HABITUAL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE / No. EXTERIOR E INTERIOR / COLONIA)

(LOCALIDAD / MUNICIPIO / ENTIDAD FEDERATIVA / PAIS)

TELEFONO _____

DATOS DEL FOLIO

DESTINO DEL CADAVER : ( ) INHUMACION ( ) CREMACION ( ) TRASLADO A: _____

NOMBRE DEL PANTEON _____

UBICACIÓN _____

DATOS DE LOS TESTIGOS

NOMBRE: _____ EDAD _____ AÑOS

TELEFONO _____ ESTADO CIVIL _____

DOMICILIO HABITUAL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE, No EXTERIOR E INTERIOR Y COLONIA)

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

NACIONALIDAD: _____ EDO. CIVIL: PARENTESCO:

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD _____ AÑOS

TELEFONO _____ ESTADO CIVIL _____ SEXO: _____

DOMICILIO HABITUAL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE, No EXTERIOR E INTERIOR Y COLONIA)

(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

DATOS DE LA FUNERARIA

NOMBRE DE LA FUNERARIA : _____ TELEFONO _____

CIUDAD: _____

NOMBRE DEL FUNERARIO O EMPLEADO QUE ASISTE: _____

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL DECLARANTE

Escaneado con CamScanner

DATOS COMPLEMENTARIO DEL FINADO

1.-¿Tuvo el finado atención medica en su última enfermeda(d?) SI ( ) NO ( ) NO SE SABE

2.- Situación laboral

a) Tenia trabajo( )
b) Estudiaba ( )
c) Labores domesticas( )
d) Incapacitado ( )
e) Jubilado o pensionado ( )
f) Otro

3. Escolaridad:

a) Sin escolaridad ( )
b) Primaria completa ( )
c) Primaria Incompleta (especificar último grado)_____
d) Secundaria o equivalente ( )
e) Preparatoria o equivalente ( )
f) Profesional ( )

4.- Ocupación:

a) Obrero ( )
b) Empleado ( )
c)Jornalero o peón ( )
d) Trabajador por su cuenta ( )
e) Patrón o empresario ( )
f) Trabajador no remunerado ( )

* Para realizar el trámite del **registro de defunción** es obligatorio presentar el certificado de defunción sin tachaduras o alteraciones, así como la presencia de un **declarante y dos testigos**, con sus respectivas identificaciones (De preferencia algún familiar).

* **El familiar proporcionará los datos necesarios para el levantamiento del acta** y así preveer errores que solo puedan ser corregidos por la **vía judicial**.

* El declarante, de preferencia deberá que ser la misma persona que se encuentra como informante en el certificado de defunción.

- REQUISITOS

- CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ORIGINAL
- COPIA CERTIFICADA DE NACIMIENTO (LEGIBLE)
- COPIA CERTIFICADA DE MATRIMONIO (EN CASO DE ESTAR CASADO)
- CURP
- INE (COPIA DEL FINADO, DECLARANTE Y 2 TESTIGOS)

Costo

El que indique la Tesorería municipal por concepto de Acta de Defunción

NOTA: FAVOR DE USAR **LETRA DE MOLDE** PARA LLENAR ESTE FORMATO, NO SE ADMITIRA CON RAYADURAS, TACHADURAS O ENMENDADURAS, UTILIZAR TINTA NEGRA O AZUL **NO** UTILIZAR LÁPIZ

Escaneado con CamScanner

VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO

DIRECCION GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DEL ESTADO DE VERACRUZ

SEGOB Secretaría de Gobierno

EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL
MUNICIPIO:
Fecha de Recep.
Atendio.Rc.
Fecha Reg.
Hora.
Acta No.
No. Folio.

SOLICITUD DE DIVORCIO

Oficial Encargado del Registro Civil.

P R E S E N T E.

Por este conducto venimos a manifestar, que es nuestra voluntad dar terminación al matrimonio civil, para ello expresamos que no hay impedimento legal alguno, por lo que solicitamos atentamente se sirva usted señalar día y hora para que se celebre el acto, previa ratificación* correspondiente en caso de divorcio administrativo*.

FECHA ____/____/____ (DIA / MES / AÑO)

TIPO DE DIVORCIO: JUDICIAL ( ) ADMINISTRATIVO ( )

DATOS DEL DIVORCIADO

NOMBRE _____ (NOMBRE(S) / PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD _____ AÑOS NACIONALIDAD _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____ (LOCALIDAD / MUNICIPIO / ENTIDAD FEDERATIVA / PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (CALLE, No. EXTERIOR E INTERIOR Y COLONIA)

(LOCALIDAD / MUNICIPIO / ENTIDAD FEDERATIVA / PAIS)

OCUPACION: _____ TELEFONO _____

DATOS DE LA DIVORCIADA

NOMBRE _____ (NOMBRE(S) / PRIMER APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD _____ AÑOS NACIONALIDAD _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____ (LOCALIDAD / MUNICIPIO / ENTIDAD FEDERATIVA / PAIS)

DOMICILIO HABITUAL: _____ (CALLE, No. EXTERIOR E INTERIOR Y COLONIA)

(LOCALIDAD / MUNICIPIO / ENTIDAD FEDERATIVA / PAIS)

OCUPACION: _____ TELEFONO _____

ANTECEDENTES DEL ESTADO CIVIL

LIBRO _____ NO. ACTA DE MATRIMONIO: _____ LOCALIDAD: _____

FECHA DE MATRIMONIO _____ DURACION DEL MATRIMONIO _____ AÑOS

No. DE HIJOS _____

DATOS COMPLEMENTARIO DEL DIVORCIADO

ESCOLARIDAD:

( ) SIN ESCOLARIDAD
( ) PRIMARIA
( ) PROFESIONAL
( ) SECUNDARIA O EQUIVALENTE
( ) PREPARATORIA O EQUIVALENTE
( ) OTRA

SITUACION LABORAL

( ) NO TRABAJA
( ) EMPLEADO
( ) OBRERO
( ) JORNALERO O PEON
( ) PATRON O EMPRESARIO
( ) MIEMBRO DE COOPERATIVA
( ) TRABAJADOR FAMILIAR NO REMUNERADO
( ) TRABAJADOR POR SU CUENTA
( ) O EN VIVIENDA
( ) O EN ESTABLECIMIENTO

INGRESO MENSUAL $ _____

DATOS COMPLEMENTARIO DE LA DIVORCIADA

ESCOLARIDAD:

( ) SIN ESCOLARIDAD
( ) PRIMARIA
( ) PROFESIONAL
( ) SECUNDARIA O EQUIVALENTE
( ) PREPARATORIA O EQUIVALENTE
( ) OTRA

SITUACION LABORAL

( ) NO TRABAJA
( ) EMPLEADO
( ) OBRERO
( ) JORNALERO O PEON
( ) PATRON O EMPRESARIO
( ) MIEMBRO DE COOPERATIVA
( ) TRABAJADOR FAMILIAR NO REMUNERADO
( ) TRABAJADOR POR SU CUENTA
( ) O EN VIVIENDA
( ) O EN ESTABLECIMIENTO

INGRESO MENSUAL $ _____

DATOS DEL SOLICITANTE

QUIEN SOLICITA: ( ) INTERESADO (a) ( ) REPRESENTATANTE LEGAL O ABOGADO

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

TELEFONO: _____

NOTA: FAVOR DE USAR **LETRA DE MOLDE** PARA LLENAR ESTE FORMATO, NO SE ADMITIRA CON RAYADURAS, TACHADURAS O ENMENDADURAS, UTILIZAR TINTA NEGRA O AZUL **NO** UTILIZAR LÁPIZ

Escaneado con CamScanner