

MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA

Av. Vélez Sarfield 2300
tel. 4688635
PORVINCIA DE CORDOBA

Acta N° Folio N°.....

Tomo Serie

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION FETAL

El suscriptor Dr. certifica haber comprobado
que la criatura de sexohijo de don y doña
..... L.C.; D.N.I.; C.I. N° domiciliado en la calle
..... número seccional barrio
depto. localidad provincia
..... nació muerto el día de de
las horas

Los datos consignados constan por haber comprobado o haber

Otorgado en Córdoba, el día de de 20 Lugar del fallecimiento

Matrícula profesional N° Firma del médico