

			BOLETA	IMPORTE \$
OFICIALIA	LIBRO	NUMERO DE ACTA	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO
MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA: VERACRUZ			

SOLICITUD DE NACIMIENTO DEL REGISTRO CIVIL 2016

SEXO: HOMBRE() MUJER()

NOMBRE DEL NIÑO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ HORA: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

FUE REGISTRADO: VIVO () MUERTO () N° DE CERTIFICADO: _____

COMPARECIO: EL PADRE () LA MADRE () AMBOS () PERSONA DISTINTA ()

PADRES

NOMBRE DEL PADRE: _____ EDAD: _____

DOMICILIO HABITUAL:-----

COLONIA _____
TEL: _____ CODIGO POSTAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____ CERTIFICADA SI () NO ()

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ CURP: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ EDAD: _____

DOMICILIO HABITUAL:-----

COLONIA _____
TEL: _____ CODIGO POSTAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____ CERTIFICADA SI () NO ()

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ CURP: _____

ABUELOS

ABUELO PATERNO: _____ NAC.: _____

ABUELA PATERNA: _____ NAC.: _____

DOMICILIOS: _____

CURP'S: _____

ABUELO MATERNO: _____ NAC.: _____

ABUELA MATERNA: _____ NAC.: _____

DOMICILIOS: _____

CURP'S: _____

TESTIGOS

NOMBRE: _____ NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____ EDAD: _____ CURP: _____

NOMBRE: _____ NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____ EDAD: _____ CURP: _____

PERSONAS DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE: _____ EDAD: _____ PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____

CURP: _____

FIRMAS DE LOS PADRES

LIBRO No.	ACTA No.	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO	
		COSAMALOAPAN DE CARPIO, VER.	MES	AÑO

Tipo de Nacimiento <input checked="" type="radio"/> Simple <input type="radio"/> Doble <input type="radio"/> Triple o más			Indique Número de Parto 1-10 _____		
Nacidos Vivos _____	Nacidos Vivos _____	Total = _____	Hijos con Vivos _____	Hijos con Vivos _____	Total= _____
Lugar de Atención del Parto <input checked="" type="radio"/> Hospital Oficial <input type="radio"/> Hospital Privado <input type="radio"/> Casa Particular <input type="radio"/> Otro Especifique: _____					
Persona que Atendió el Parto <input checked="" type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Enfermera <input type="radio"/> Partera <input type="radio"/> Otra Especifique: _____					
Tipo de Unión de la Madre <input checked="" type="radio"/> Soltera <input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Separada <input type="radio"/> Divorciada <input type="radio"/> Viuda					
Del Padre			De la Madre		
Escolaridad _____			Escolaridad _____		
Último Grado Aprobado _____			Último Grado Aprobado _____		
Situación Laboral _____			Situación Laboral _____		
Posición en su Trabajo _____			Posición en su Trabajo _____		
Ingreso Mensual _____			Ingreso Mensual _____		