



LIBERACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA LA DISPOSICIÓN DE RESTOS

Declaro, **bajo pena de perjurio**, que tengo el derecho legal de controlar la disposición del restos de _____ de acuerdo con el Código de Salud y Seguridad §7100.

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Yo libero autoridad a _____ para controlar la disposición de los restos mencionados anteriormente.

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor adjunte una fotocopia de la prueba razonable de identidad de la persona que firma el formar. La prueba de identidad puede ser una tarjeta de identificación o licencia de conducir emitida por el Departamento de Vehículos Motorizados, un pasaporte emitido por los Estados Unidos de América, o un certificado de acuse de recibo de un notario público que identifique a la persona que firma el formulario