



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

## FORMULARIO PARA SOLICITUDES DE EVENTOS VITALES A SER CUMPLIMENTADA POR ABOGADOS

1. Fecha: \_\_\_\_\_
2. Nombre del Abogado(a): \_\_\_\_\_
3. Dirección Postal: \_\_\_\_\_
4. Número de Registro Único de Abogados (RUA) \_\_\_\_\_ o Número de Colegiación de Abogados Vigente \_\_\_\_\_ . (Debe presentarse)
5. Teléfonos: \_\_\_\_\_
6. Correo Electrónico (Email): \_\_\_\_\_
7. Detalle de su solicitud, favor de especificar los eventos vitales a solicitar, nombre del inscrito, razón y propósito de su solicitud: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Número de caso o evidencia de trámite presentado (judicial o administrativo): \_\_\_\_\_

Certifico que solicito las certificaciones antes mencionadas, en representación legal del inscrito o de parte interesada según señalado por ley. Entendiendo que los mismos son para el uso y propósito exclusivo el cual he expresado en esta solicitud. Una vez terminada dicha gestión los mismos serán devueltos a la parte interesada según señala la "Ley del Registro Demográfico de Puerto Rico" Ley 24 de 22 de abril de 1931, según enmendada. Comprendo que cualquier mal uso de los documentos aquí solicitados podría conllevar acciones penales o faltas a los Cánones de Ética Profesional.

9. Firma del Abogado(a): \_\_\_\_\_
10. Nombre y firma del Funcionario del Registro Demográfico que verifico las solicitudes e identificaciones del abogado. \_\_\_\_\_  
Nombre y Apellidos Firma
11. Oficina del Registro Demográfico de: \_\_\_\_\_
12. Número de solicitud o solicitudes: \_\_\_\_\_

