

Solicito permiso

SEÑOR (A): MARÍA CAROLINA PEREZ TELLO
DIRECTO DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL Del Dorado

Yo, Emida Margoth Valdivia Torres, con DNI 70749431, domiciliado en el jr. 06 de febrero #440, distrito de Zapatero, actualmente docente de la I.E.I 420 Requena distrito de San Martin, provincia de El Dorado, Región San Martin, ante usted con el debido respeto me presento para solicitarle permiso por el fallecimiento de mi mamá que en vida fue EDERLITH VALDIVIA TORRES ocurrido el Martes 26 de septiembre del 2023

Cumplido los días que me corresponde como derecho estaré incorporándome a mi Institución Educativa

A fin de que mi petición sea atendida en su cabalidad, adjunto al presente los siguientes documentos:

1. Copia de mi D. N. I. de la solicitante.
2. Acta de Defunción de mi madre.

POR LO EXPUESTO:

A Ud. director ruego acceder a lo solicitado por ser conforme a Ley.

Zapatero, 30 de septiembre del 2023



EMIDA MARGOTH VALDIVIA TORRES
DNI 70749431

000586 000586 044981 0288 76738891



CON ESTE DOCUMENTO SE DEBE SOLICITAR LA RECAPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE REGISTRO DE EXAMINACIÓN.	
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN GENERAL	
El/los nombre/s que: 1. Atendí al fallecido en su última enfermedad ☐ 2. Únicamente constó la defunción ☐ 3. Haber realizado la necropsia ☐	
1. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO	
1.1 Continúa de identificación: 1. Persona identificada ☒	
1.2 Documento de identidad: 1. Documento Nacional de Identidad ☒ 2. Pasaporte ☐ 3. Otro ☐ Especificar: _____	
2. Cédula de Extranjería ☐ 4. Pasaporte de Nacimiento ☐ Moneda: 404.86.337	
1.3 Presentación: EXPEDIENTE	
1.4 Primer apellido: VALDIVIA	
1.5 Segundo apellido: TORRES	
1.6 Apellido de casado: _____	
1.7 Sexo: Masculino ☐ Femenino ☒ Indeterminado ☐ 1.8 Edad: 45 Años ☐ Meses ☐ Días ☐ Horas ☐ Ignorado ☐	
2. DATOS DEL FALLECIMIENTO	
2.1 Fecha: 26/10/2023 2.2 Hora: 23:15 hora oficial	
2.3 Sitio de ocurrencia: 1. Establecimiento de salud ☒ 2. Domicilio ☐ 3. Centro laboral ☐ 4. Via pública ☐ 5. En tránsito ☐ 6. Otro ☐ No especificado ☐	
HOSPITAL 12 TIRAPIETO	
2.4 Dirección: SR. ANGELO DEL BUENO SA	
Código: TIRAPIETO Provincial: SAN MARTIN	
Departamento: SAN MARTIN	
2.5 Causa probable: _____	
2.6 Causa tóxica confirmada: TRIDIAFETIS AMELIUTUS 12	

PODER JUDICIAL
JUZGADO DE PAZ
DISTRITO DE ZAPATERO

CERTIFICA

LA JUEZ DE PAZ DEL DISTRITO DE ZAPATERO
QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE LA PRESENTE
COPIA FOTOSTÁTICA HA SIDO TOMADA DE SU
ORIGINAL AL QUE ME REMITO CONFORME LA
LEY. LA MISMA QUE LEGALIZO, MAS NO EL
CONTENIDO DEL DOCUMENTO. DANDO FE

ZAPATERO 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2023



JUEZ DE PAZ
DISTRITO DE ZAPATERO

3. DATOS DEL PERSONAL DE LA SALUD QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

3.1 Documento de identidad: ☒ Documento nacional de identidad ☐ Documento de Extranjería ☐ Pasaporte ☐
 Número: 14013128218

3.2 Precedencia: J. OSORIO GARCIA RODRIGUEZ

3.3 Primer apellido: ALICIA N. A. R. A.

3.4 Segundo apellido: R. A. M. I. R. A. Z.

3.5 N° de registro del colegio profesional: 44403

3.6 Hábitat(a) ☒ Ocasitos ☐ Enfermería(x) ☐ Otro profesional de la salud ☐ Personal técnico o auxiliar de la salud ☐

3.7 Sitio y fecha de certificación:
 SAN MARTIN SAN MARTIN TRAPERO
 Departamento Provincia Distrito Centro Poblado 27/10/23
 Día Mes Año

[Firma]
 J. Osorio García Rodríguez
 Médico Legista
 A. P. O. 13128218

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

PODER JUDICIAL
JUZGADO DE PAZ
DISTRITO DE ZAPATERO

CERTIFICA

LA JUEZ DE PAZ DEL DISTRITO DE ZAPATERO
 QUE SUSCRIBE CERTIFICA QUE LA PRESENTE
 COPIA FOTOSTÁTICA HA SIDO TOMADA DE SU
 ORIGINAL AL QUE ME REMITO CONFORME LA
 LEY LA MISMA QUE LEGALIZO, MAS NO EL
 CONTENIDO DEL DOCUMENTO, DANDO FE

ZAPATERO 28 DE 9 DEL 2023

[Firma]
 J. Osorio García Rodríguez
 Médico Legista
 A. P. O. 13128218