



## 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*