

FORMULARIO Fecha: 21/07/2022	SOLICITUD DE AUTORIZACION JUDICIAL	 CUCAIBA Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Rev. 04	página 1 de 1	

Servicio Provincial de Procuración

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>Hora</i>
			:

Lugar:

SR: JUEZ:

Tengo el agrado de dirigirme a UD en mi carácter de:.....
 del SPP CUCAIBA perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires con el objeto de informarle que se ha constatado el fallecimiento de:.....
 DNI N°:..... a las:.....:..... horas del día:.....
 de:..... de:..... en:.....
 Servicio:....., cama:....., HC:.....
 conforme a lo manifestado precedentemente y en base a lo ordenado por el Artículo 35 de la Ley 27.447, solicito a UD tenga a bien autorizar la ablación de:.....

 dentro del plazo previsto por la Ley.

Acompaño la siguiente documentación respaldatoria:

- ☐ Certificado de fallecimiento
- ☐ Fotocopia constancia de paro cardiorrespiratorio
- ☐ Acta de Consentimiento Familiar (menores de 18 años)

Sin otro particular saludo a UD muy atentamente.

Firma y sello

Nota: en caso de consultas comunicarse al teléfono 0800 222 0101