CONDADO DE SOLANO ESTADÍSTICAS VITALES
FORMULARIO DE SOLICITUD – ACTA DE NACIMIENTO
275 BECK AVE, FAIRFIELD 94533
Núm. De Teléfono (707) 784-8060
Correo Electrónico: VitalStatistics@SolanoCounty.com

Número de copias:_____($34.00 Cada Una)

Seleccione la opción de entrega ☐ Correo ☐ Recoger

******La forma no ocupa estar notariada, si elige recoger el acta de nacimiento en persona******

NOMBRE DEL BEBE: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha De Nacimiento:_____ Ciudad De Nacimiento:_____ Su Relación con el Bebe: _____

INFORMACION DEL APLICANTE

DECLARACION JURADA

Yo, _____, certifico (o declaro), bajo la pena de perjurio, que soy una persona autorizada según se define en la Sección 103526(c) del Código de Salud y Seguridad de California, y soy elegible para recibir una copia certificada del Acta De Nacimiento identificado en este formulario de solicitud, y que lo anterior es verdadero y correcto.

Se Declaró Esta Fecha: _____ Firma: _____

Dirección Postal: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Núm. De Teléfono (Requerido): (____)_____ Correo Electrónico: _____

Favor de poner una fotocopia de su identificación aquí:

Si quieres recibir tu acta de nacimiento por correo, la solicitud deberá ser notariada.