

Nr aktu :

Andrespol, dnia.....

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
Adres

.....
Dokument tożsamości

.....
Stopień pokrewieństwa wobec osoby, której akt dotyczy

**Kierownik USC
w Andrespolu**

PODANIE O WYDANIE ODPISU AKTU ZGONU

Rodzaj aktu:

Właściwe zaznaczyć:

Skrócony

Zupełny

Wielojęzyczny

Wersja:

Właściwe zaznaczyć:

Papierowa

Elektroniczna

DANE OSOBY KTÓREJ AKT DOTYCZY

Imię/Imiona:

Nazwisko:

Nazwisko rodowe:

PESEL osoby zmarłej:

Data urodzenia: ____ - ____ - ____

Data zgonu: ____ - ____ - ____

Miejsce zgonu:

Szpital lub dzielnica gdzie nastąpił zgon:

Imię i nazwisko ojca osoby zmarłej:

Imię i nazwisko rodowe matki osoby zmarłej:

Cel pobrania odpisu:

Stan cywilny osoby zmarłej w momencie zgonu:

SPOSÓB ODBIORU:

Właściwe zaznaczyć:

Osobiście

Korespondencyjnie

Droga elektronicznie (ePUAP)

Przez inną osobę (pełnomocnictwo)

.....
Podpis wnioskodawcy

Adnotacje urzędowe:

Data wydania i podpis

Nr druku ścisłego zarachowania