Nr aktu :………................................………….. Dobre Miasto, dnia….….............……

*………………………...............………………..*

*Imię i nazwisko Wnioskodawcy*

*……………………..........………………………*

*Adres*

*…………………..........…………………………*

*Dokument tożsamości*

*……………………………..........………………*

*Stopień pokrewieństwa wobec osoby, której akt dotyczy*

 **Kierownik USC**

**w Dobrym Mieście**

**PODANIE O WYDANIE ODPISU AKTU URODZENIA**

**Rodzaj aktu:**

***Właściwe zaznaczyć:***☑

□ Skrócony

□ Zupełny

□ Wielojęzyczny

**DANE OSOBY KTÓREJ AKT DOTYCZY**

Imię/imiona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwisko rodowe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL: □□□□□□□□□□□

Data urodzenia: \_\_\_\_ - \_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Szpital, dzielnica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parafia jeśli osoba urodziła się przed 01.01.1946r.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko ojca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko rodowe matki: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cel pobrania odpisu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SPOSÓB ODBIORU:**

***Właściwe zaznaczyć:***☑

□Osobiście

□Korespondencyjnie

□Przez inną osobę (pełnomocnictwo)

 …………………………………………

Podpis wnioskodawcy