

Nowa Karczma, dnia.....

.....
(nazwisko i imię wnioskodawcy)

.....
(adres do korespondencji)

**URZĄD STANU CYWILNEGO
W NOWEJ KARCZMIE**

WNIOSEK

Proszę o wydanieegzemplarza/y odpisu aktu :

- skróconego** **zupelnego** **wielojęzycznego**

urodzenia 1.....
(imię i nazwisko rodowe, data i miejsce urodzenia, PESEL, imiona rodziców)

2.....
(imię i nazwisko rodowe, data i miejsce urodzenia, PESEL, imiona rodziców)

małżeństwa 1.....
(imiona i nazwiska rodowe małżonków, data i miejsce zawarcia małżeństwa, PESEL)

2.....
(imiona i nazwiska rodowe małżonków, data i miejsce zawarcia małżeństwa, PESEL)

zgonu 1.....
(imię i nazwisko osoby zmarłej, data i miejsce zgonu, PESEL)

2.....
(imię i nazwisko osoby zmarłej, data i miejsce zgonu, PESEL)

Odpis dotyczy :

- | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> mojej osoby | <input type="checkbox"/> współmałżonka | <input type="checkbox"/> siostry | <input type="checkbox"/> brata |
| <input type="checkbox"/> matki | <input type="checkbox"/> ojca | <input type="checkbox"/> córki | <input type="checkbox"/> syna |
| <input type="checkbox"/> babci | <input type="checkbox"/> dziadka | <input type="checkbox"/> wnuka | <input type="checkbox"/> wnuczki |
| | | | <input type="checkbox"/> osoby obcej |

Odpis pobieram w celach :

- | | | |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> emerytalnych/ rentowych | <input type="checkbox"/> zatrudnienia | <input type="checkbox"/> rozvodu |
| <input type="checkbox"/> świadczeń socjalnych | <input type="checkbox"/> szkolnictwa | <input type="checkbox"/> spadkowych |
| <input type="checkbox"/> ubezpieczenia zdrowotnego | <input type="checkbox"/> paszportowych | <input type="checkbox"/> do PZU (lub innego towarzystwa) |
| <input type="checkbox"/> alimentacyjnych | <input type="checkbox"/> majątkowych | <input type="checkbox"/> inne cele :..... |

.....
czytelny podpis wnioskodawcy/pełnomocnika

Oświadczam, że zaponalem się/ zapoznałam się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych na podstawie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (przetwarzanie w związku z ustawą z dnia 28 listopada 2014 r. Prawo o aktach stanu cywilnego i ustawą z dnia 17 października 2008 r. o zmianie imienia i nazwiska)

.....
czytelny podpis (imię i nazwisko)

Akt wydano dnia
Podpis wydającego