……………………………………………. Stawiguda, dn. ……………………

 imię i nazwisko wnioskodawcy

…………………………………………….

…………………………………………….

 adres

…………………………………………….

 telefon kontaktowy

…………………………………………….

 nr dowodu osobistego

 **Urząd Stanu Cywilnego**

 **W Stawigudzie**

**Wniosek**

**o wydanie odpisu z akt stanu cywilnego**

Proszę o wydanie odpisu skróconego\*, wielojęzycznego\*, zupełnego\*:

* **Z aktu urodzenia\*:**

PESEL …………………………………………………………………...

Imię (imiona) …………………………………………………………….

Nazwisko ………………………………………………………………...

Data urodzenia …………………………………………………………...

Miejsce urodzenia ………………………………………………………..

Imiona rodziców …………………………………………………………

* **Z aktu małżeństwa\***:

PESEL mężczyzny ………………………………………………………

Imię i nazwisko mężczyzny ……………………………………………..

PESEL kobiety …………………………………………………………..

Imię i nazwisko kobiety …………………………………………………

Data zawarcia małżeństwa ………………………………………………

Miejsce zawarcia małżeństwa ………………………………..………….

* **Z aktu zgonu\***:

PESEL osoby zmarłej ……………………………………………………

Imię i nazwisko osoby zmarłej …………………………………………..

Data zgonu ……………………………………………………………….

Miejsce zgonu ……………………………………………………………

Imiona rodziców …………………………………………………………

Odpis aktu dotyczy: mojej osoby\*, rodziców\*, rodzeństwa\*, mojego dziecka\*, współmałżonka\*, dziadków\*, innej osoby ……………………………………………………………………………………………………..

Dokument jest potrzebny do: .………………………………………………………………………………….

\*Właściwe zaznaczyć

Opłaty związane z wystawieniem odpisu:

22 zł – odpis skrócony

33 zł – odpis zupełny

Należną opłatę skarbową należy wpłacić na konto Gminy Stawiguda: **12 8823 0007 2001 0100 1973 0004**

 ……………………………

*podpis osoby otrzymującej odpis*