

Izabelin C, dnia

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

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

**Kierownik
Urzędu Stanu Cywilnego
Izabelin**

W N I O S E K
o wydanie odpisu aktu zgonu
skrócony / zupełny / wielojęzyczny*

Imię/imiona i nazwisko

Nazwisko rodowe **data ur.**

USC, który sporządził akt **PESEL**

Data i miejsce zgonu

Imię/imiona i nazwisko rodowe ojca

Imię/imiona i nazwisko rodowe matki

Cel pobrania odpisu aktu

Liczba odpisów

* właściwe podkreślić
(podpis)

Uprawnieni do otrzymania odpisów aktów stanu cywilnego, m.in.:

osoba, której akt dotyczy, jej mąż, żona, syn, córka, ojciec, matka, brat, siostra, dziadek, babcia, pradziadek, prababcia, wnuk, prawnuk, przedstawiciel ustawowy, opiekun, osoba, która wykaże interes prawny.
(art. 45 ustawy z dnia 28.11.2014 r. Prawo o aktach stanu cywilnego)

Oplata skarbową: **22 zł.** - odpis skrócony aktu stanu cywilnego i odpis wielojęzyczny
 33 zł. - odpis zupełny aktu stanu cywilnego

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej

Potwierdzenie odbioru odpisu aktu:

.....
(data i podpis)

Adnotacje urzędowe

Numer aktu.

data wydania **Podpis osoby wydającej**.....

Klauzulę informacyjną dotyczącą 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) otrzymałem/am.

Izabelin C, dnia

.....
(czytelny podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie numeru telefonu, przez Kierownika Urzędu Stanu Cywilnego – Wójta Gminy Izabelin, wyłącznie w celu realizacji niniejszej sprawy.

Izabelin C, dnia

.....
(czytelny podpis)