

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy*

Gózd, dnia

.....
adres do korespondencji

**KIEROWNIK
URZĘDU STANU CYWILNEGO
W GOŹDZIE**

.....
Udostępniam swój numer telefonu
w celu ułatwienia kontaktu w sprawie i wyrażam zgodę na jego przetwarzanie

**WNIOSEK
O ODTWORZENIE / REJESTRACJĘ** AKTU ZGONU**

Proszę o odtworzenie treści / rejestrację **aktu zgonu**, sporządzonego w (miasto i państwo):

.....
I. DANE DOTYCZĄCE OSOBY ZMARŁEJ:

1. Imię (imiona)
2. Nazwisko
3. Nazwisko rodowe
4. Płeć
5. Stan cywilny
6. Data urodzenia
7. Miejsce urodzenia
8. PESEL

II. CZAS I MIEJSCE ZGONU/ZNALEZIENIA ZWŁOK:

1. Data zgonu / znalezienia
2. Miejsce zgonu / znalezienia

III. DANE MAŁŻONKA OSOBY ZMARŁEJ:

1. Imię (imiona)
2. Nazwisko
3. Nazwisko rodowe
4. PESEL

IV. DANE DOTYCZĄCE RODZICÓW OSOBY ZMARŁEJ:

- | | Ojciec | Matka |
|--------------------|--------|-------|
| 1. Imię (imiona) | | |
| 2. Nazwisko | | |
| 3. Nazwisko rodowe | | |

Oświadczam, że zgon ten nie został dotychczas wpisany w Polsce.