**URZĄD MIEJSKI W WOLINIE**

**URZĄD STANU CYWILNEGO**

72-510 Wolin, ul. Zamkowa 23, tel. (91) 322-08-75, faks: (91) 32-61-429, e-mail: usc@gminawolin.pl

**W WOLINIE**



 ....................................................................................... Wolin, dn. ...............................................

 (imię i nazwisko wnioskodawcy)

 ......................................................................................

 (adres zamieszkania)

 ……………………………………………………………..

 (nr Pesel)

#### **WNIOSEK**

o wydanie odpisu aktu stanu cywilnego

 Zwracam się z prośbą o wydanie odpisu:

 **skróconego** **zupełnego** **wielojęzycznego**

**aktu urodzenia**  ***(imię i nazwisko rodowe, data i miejsce urodzenia)***

................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ ........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................**aktu małżeństwa** *(****imię i nazwisko małżonków, data i miejsce zawarcia małżeństwa****)*

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 ........................................................................................................................................................................

 **aktu zgonu *(imię i nazwisko osoby zmarłej, data i miejsce zgonu)***

........................................................................................................................................................................ ........................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................

 **Cel wydania odpisu**: .....................................................................................................................................

 **Pokrewieństwo:** …………………………………………………………………………………….………

 (wpisać kim wnioskodawca jest dla danej osoby: np. ojciec, matka, siostra, brat, syn,

 córka, babcia, dziadek, pełnomocnik itp. lub akt własny)

|  |
| --- |
|  |

........................................................................

 (czytelny podpis wnioskodawcy)

 ……………………………………………………………

 (nr tel.- ułatwi kontakt w sprawie wydania odpisu)