**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)