

Tryńcza, dnia.....

.....
(Imię i nazwisko)

.....
/adres zamieszkania/

URZĄD STANU CYWILNEGO w TRYŃCZY

PROSZE O WYDANIE:

ODPISU SKRÓCONEGO* aktu urodzenia* aktu małżeństwa* aktu zgonu*
ODPISU ZUPEŁNEGO*
(właściwe podkreślić)

Stopień pokrewieństwa wnioskodawcy do osoby, której akt dotyczy.....
Cel wydania odpisu.....

AKT URODZENIA

Imię i nazwisko:.....
Data i miejsce urodzenia:.....
Imię i nazwisko ojca:.....
Imię i nazwisko rodowe matki:.....

Nr aktu:.....

AKT MAŁŻEŃSTWA

Imię i nazwisko mężczyzny:.....
Imię i nazwisko rodowe kobiety:.....
Data i miejsce zawarcia małżeństwa:.....

Nr aktu:.....

AKT ZGONU

Imię i nazwisko osoby zmarłej:.....
Data i miejsce zgonu:.....
Nr aktu:.....

Oplata skarbową:
1.Odpis skrócony-22 zł
2.Odpis zupełny-33 zł

.....
/podpis wnioskodawcy
i potw.odbioru/