

Skwierzyna, dnia.....

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres do korespondencji

.....
stosunek do osoby zmarłej

tel.

**Urząd Stanu Cywilnego
w Skwierzynie**

ZGŁOSZENIE ZGONU
(WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

I. DANE DOTYCZĄCE OSOBY ZMARŁEJ	II. DANE DOTYCZĄCE MAŁŻONKA OSOBY ZMARŁEJ										
1. Nazwisko..... 2. Imiona..... 3. Nazwisko rodowe..... 4. Stan cywilny..... 5. Data urodzenia..... 6. Miejsce urodzenia..... 7. Adres zameldowania..... 8. Data zgonu..... 9. Miejscowość zgonu..... 10. Wykształcenie..... 11. Źródło utrzymania.....	III. DANE DOTYCZĄCE RODZICÓW OSOBY ZMARŁEJ <table border="0"><thead><tr><th data-bbox="798 1384 1098 1422">OJCIEC</th><th data-bbox="1098 1384 1398 1422">MATKA</th></tr></thead><tbody><tr><td data-bbox="798 1422 1098 1489">.....</td><td data-bbox="1098 1422 1398 1489">.....</td></tr><tr><td data-bbox="798 1489 1098 1556">imię</td><td data-bbox="1098 1489 1398 1556">imię</td></tr><tr><td data-bbox="798 1556 1098 1624">.....</td><td data-bbox="1098 1556 1398 1624">.....</td></tr><tr><td data-bbox="798 1624 1098 1691">nazwisko rodowe</td><td data-bbox="1098 1624 1398 1691">nazwisko rodowe</td></tr></tbody></table>	OJCIEC	MATKA	imię	imię	nazwisko rodowe	nazwisko rodowe
OJCIEC	MATKA										
.....										
imię	imię										
.....										
nazwisko rodowe	nazwisko rodowe										
IV. DLA ZGONU DZIECKA DO 1 ROKU ŻYCIA											
1. Rok zawarcia małżeństwa rodziców..... 2. Data urodzenia matki dziecka podpis wnioskodawcy										