

WZÓR

JAN NOWAK

Skwierzyna, dnia 1 stycznia 2020r.

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

UL. WARSZAWSKA 111/111

.....
66-440 SKWIERZYNA

.....
adres do korespondencji

NP. MAŻ

.....
stosunek do osoby zmarłej

0 123 456 789

tel.

Urząd Stanu Cywilnego
w Skwierzynie

ZGŁOSZENIE ZGONU (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

I. DANE DOTYCZĄCE OSOBY ZMARŁEJ	II. DANE DOTYCZĄCE MAŁŻONKA OSOBY ZMARŁEJ		
1. Nazwisko..... NOWAK	1. Nazwisko..... NOWAK		
2. Imiona..... JANINA	2. Imiona..... JAN		
3. Nazwisko rodowe..... KOWALSKA	3. Nazwisko rodowe..... NOWAK		
4. Stan cywilny..... ZAMĘŻNA	4. Data urodzenia..... 01.01.1901		
5. Data urodzenia..... 01.01.1900	5. Data ślubu USC..... 01.01.1925 SKWIERZYNA		
6. Miejsce urodzenia..... SKWIERZYNA	III. DANE DOTYCZĄCE RODZICÓW OSOBY ZMARŁEJ		
7. Adres zameldowania..... WARSZAWSKA 111/111	OJCIEC ADAM	MATKA EWA	
8. Data zgonu..... 01.01.2020 imię imię	
9. Miejscowość zgonu..... SKWIERZYNA	KOWALSKI	KOWALSKA	
10. Wykształcenie..... ZAWODOWE nazwisko nazwisko	
IV. DLA ZGONU DZIECKA DO 1 ROKU ŻYCIA		KOWALSKI	WOŹNIAK
1. Rok zawarcia małżeństwa rodziców..... nazwisko rodowe nazwisko rodowe	
2. Data urodzenia matki dziecka	<i>Jan Nowak</i>		
 podpis wnioskodawcy		