DANE WNIOSKODAWCY:

Swarzędz, ...
(data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres do korespondencji)

.....

…….
(PESEL)

……..
(telefon kontaktowy)

W N I O S E K

osoby uprawnionej do uzyskania odpisu aktu zgonu o udostępnienie skorowidzów alfabetycznych aktów zgonu celem samodzielnego przeglądania

.....
imię i nazwisko osoby zmarłej, której dotyczy poszukiwany akt zgonu

.....
przybliżona data zdarzenia stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą

.....
zakres poszukiwań (należy wskazać zakres lat, z których skorowidze alfabetyczne aktów zgonu wnioskodawca chce przeglądać)

……
(czytelny podpis wnioskodawcy)

ADNOTACJE URZĘDU:

Akt zgonu w/w osoby odszukano:

Nr aktu…..……...….…

Nie odszukano*

Data:…….……..

* niewłaściwe skreślić