

Wniosek o wydobywanie odpisu aktu zgonu
Application for Certified Copy of Death Record

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy / *Applicant's name*

.....
Imię i nazwisko osoby zmarłej / *Name of deceased*

.....
Imię i nazwisko matki / *Mother's name*

.....
Imię i nazwisko ojca / *Father's name*

.....
Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok) / *Date of Birth (Day/Month/ Year)*

.....
Data i miejsce śmierci (dzień/miesiąc/rok) / *Date and place of Death (Day/Month/ Year, Place)*

.....
Wiek w momencie śmierci / *Age at Death*

Płeć / *Sex*: Mężczyzna / *Male*

Kobieta / *Female*

.....
Powód wydobywania dokumentu / *Reason for requesting certificate*

Relacja wnioskodawcy do osoby zmarłej / *relation to decedent*:

małżonek osoby zmarłej (wskazany na akcie zgonu) / *spouse (listed on the death certificate)*

rodzic(e) (wskazani na akcie zgonu) / *parent(s) (listed on the death certificate)*

dziecko zmarłego / *child of the decedent*

rodzeństwo zmarłego / *sibling of the decedent*

pełnomocnik prawny jednej z osób wskazanych powyżej / *legal representative of one of the above*

inne osoby: wskazać: / *other: specify:*

.....
Podpis wnioskodawcy / *Applicant's signature*