

.....  
Nazwisko i imię wnioskodawcy

w Lesznie

.....  
Adres zamieszkania

**WNIOSEK** (właściwie zaznaczyć / podkreślić)\*

Proszę o wydanie ..... sztuk odpisu aktu:

skróconego                       zupełnego                       wielojęzycznego

**urodzenia**

.....  
(imię i nazwisko osoby/osób których dotyczy urodzenie i data urodzenia)

**małżeństwa**

.....  
(imiona i nazwiska osób których dotyczy małżeństwo i data zawarcia związku małżeńskiego)

**zgonu**

.....  
(imię i nazwisko osoby/osób których dotyczy zgon i data zgonu)

odpis dotyczy:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>mojej osoby</b>   | <input type="checkbox"/> <b>matki</b>   | <input type="checkbox"/> <b>babci</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>współmałżonka</b> | <input type="checkbox"/> <b>ojca</b>    | <input type="checkbox"/> <b>dziadka</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>syna</b>          | <input type="checkbox"/> <b>brata</b>   | <input type="checkbox"/> <b>wnuka</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>córki</b>         | <input type="checkbox"/> <b>siostry</b> | <input type="checkbox"/> <b>wnuczki</b> |

Innej osoby.....

w celach:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>emerytury/renty</b>                  | <input type="checkbox"/> <b>rozvodu</b>              | <input type="checkbox"/> <b>do PZU lub inne towarzystwo</b>        |
| <input type="checkbox"/> <b>paszportowych</b>                    | <input type="checkbox"/> <b>spadkowych</b>           | <input type="checkbox"/> <b>ubezpieczenia zdrowotnego</b>          |
| <input type="checkbox"/> <b>alimentacyjnych</b>                  | <input type="checkbox"/> <b>szkolnictwa</b>          | <input type="checkbox"/> <b>majątkowych</b>                        |
| <input type="checkbox"/> <b>zatrudnienia</b>                     | <input type="checkbox"/> <b>świadczeń socjalnych</b> | <input type="checkbox"/> <b>ubezwłasnowolnienie</b>                |
| <input type="checkbox"/> <b>rodzina zastępcza/opiekun prawny</b> |  | <input type="checkbox"/> <b>ograniczenie władzy rodzicielskiej</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>zasilek pogrzebowy ZUS</b>           |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>inne cele: .....</b>                 |  |  |

.....  
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

