

**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*