

Wypełnia urzędnik:

USC.5351.3.

Nr aktu zgonu 2063011/00/AZ/..... /.....

Akt sporządzono dnia

Potwierdzono tożsamość wnioskodawcy:

.....
(data i podpis przyjmującego wniosek)

Suwałki, dnia

Dane wnioskodawcy:

..... imię (imiona) i nazwisko	Kierownik Urzędu Stanu Cywilnego w Suwałkach
..... (adres do korespondencji w Polsce)	
..... Telefon kontaktowy (dobrowolnie w celu ułatwienia kontaktu)	
.....	

Uprawnienie do złożenia wniosku*:

osoba, która wykaże interes prawny

osoba, która wykaże interes faktyczny

WNIOSEK O TRANSKRYPCJĘ AKTU ZGONU

Proszę o dokonanie transkrypcji załączonego aktu zgonu Nr
sporządzonego w (miasto) kraj

DANE ZMARŁEGO										
Imię/imiona i nazwisko										
Data i miejsce urodzenia										
Data zgonu										
Miejsce zgonu (miejscowość)										
Kraj miejsca zgonu										
Stan cywilny										
PESEL (jeżeli był nadany)										

Proszę o uzupełnienie wszystkich, brakujących w oryginalnym akcie zgonu danych osobowych dotyczących osoby zmarłej*, jej małżonka* (jeżeli dotyczy), rodziców* zmarłego zgodnie z:

Aktem urodzenia zmarłego sporządzonym w

Aktem małżeństwa zmarłego sporządzonym w

Proszę o sprostowanie aktu zgonu w zakresie:

.....
.....
.....

Uzasadnienie ubiegania się o transkrypcję aktu zgonu.

Do dokonania transkrypcji aktu zgonu posiadam interes prawny*/faktyczny*.

.....
.....
.....

Do wniosku załączam:

1. Oryginał zagranicznego aktu zgonu.
2. Tłumaczenie aktu dokonane przez tłumacza przysięgłego.
3. Opłata skarbową.
4. Inne (wymienić):

Sposób odbioru dokumentów*:

w siedzibie USC w Suwałkach

pocztą na adres:

Oświadczam, że:

- przedłożony przeze mnie akt jest oryginalnym dokumentem wydanym przez uprawniony do tego organ państwa obcego i nie został wpisany w żadnym USC w Polsce.
- zostałem/am poinformowany/a, że załączone akty stanu cywilnego nie podlegają zwrotowi i zostaną dołączone do akt zbiorowych.

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy lub pełnomocnika)

Zgoda na przetwarzanie numeru telefonu

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zwykłych (numer telefonu) przez Kierownika Urzędu Stanu Cywilnego w Suwałkach w celu przekazywania istotnych informacji związanych z prowadzonym postępowaniem. Jestem świadoma/y, że, mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę, w formie jakiej została ona wyrażona. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
(data oraz imię i nazwisko wnioskodawcy)

Informacja w sprawie przetwarzania danych osobowych

Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych na podstawie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (przetwarzanie w związku z ustawą z dnia 28 listopada 2014 r. Prawo o aktach stanu cywilnego) znajduje się:

- w Urzędzie Miasta Suwałki, ul. Mickiewicza 1, 16-400 Suwałki na tablicy ogłoszeń oraz w pokój nr 15;
- na stronie internetowej:
https://bip.um.suwalki.pl/zaatw_spraw_w_urzdzie/urzd_stanu_cywilnego/

Oświadczam, że zostałam/zostałem zapoznany z klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych w Urzędzie Stanu Cywilnego w Suwałkach.

.....
(data oraz imię i nazwisko wnioskodawcy)

Kwituję odbiór zupełnego aktu zgonu Nr 2063011/00/AZ/...../.....

.....
(data oraz imię i nazwisko wnioskodawcy)

*Właściwe zaznaczyć