

Konin, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko )

.....  
(adres)

.....  
(telefon)

## URZĄD MIEJSKI W KONINIE

URZĄD STANU CYWILNEGO  
ul. Obrońców Westerplatte 2  
62-500 Konin

### WNIOSEK o wydanie odpisu z akt stanu cywilnego

Proszę o wydanie odpisu skróconego / pełnego\* aktu:

urodzenia: .....  
(imię i nazwisko, data urodzenia)

małżeństwa: .....  
(imiona i nazwisko małżonków, data zawarcia związku)

zgonu: .....  
(imię i nazwisko zmarłego, data zgonu)

stopień pokrewieństwa wnioskodawcy: .....

cel wydania: .....

.....  
(podpis)

#### ZAŁĄCZNIKI:

BRAK

#### OPLATY:

- 22 zł – odpis skrócony;
- 33 zł – odpis pełny.

\* niepotrzebne skreślić