Konin, dnia
Imię

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, wielojęzycznego/ zupełnego\* aktu:

urodzenia:

(imię i nazwisko, data urodzenia)

małżeństwa:

(imiona i nazwiska małżonków, data zawarcia związku)

zgonu:

(imię i nazwisko zmarłego, data zgonu)

stopień pokrewieństwa wnioskodawcy:

cel wydania:

.
(podpis)

**Załączniki:**

* brak

**Opłaty:**

* 22 zł – odpis skrócony
* 33 zł – odpis zupełny

\*niepotrzebne skreślić