

Pełnomocnictwo do zgłoszenia zgonu

Ja niżej podpisany/a nazwisko rodowe.....

syn/córka

zamieszkały/a

legitymujący/a się dowodem osobistym/ paszportem/ nazwa seria, nr dokumentu
.....

(Stopień pokrewieństwa do osoby zmarłej lub określenie uprawnienia do zgłoszenia zgonu)

Dane dotyczące osoby zmarłej

Nazwisko/nazwiska

Imię/imiona

Nazwisko rodowe

Stan cywilny

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Adres zameldowania
na pobyt stały

Data zgonu

Miejsce zgonu

Wykształcenie

Źródło utrzymania Praca najemna: w sektorze
prywatnym, w sektorze
publicznym, na rachunek własny w
rolnictwie, na rachunek własny
poza rolnictwem, emerytura, renta,
bezrobotna/y, na utrzymaniu,
inne.....

Dane dotyczące małżonka osoby zmarłej

Nazwisko/nazwiska

Imię/imiona

Nazwisko rodowe

Data urodzenia

Data i miejscowość
zawarcia związku
małżeńskiego

Pesel

Dane dotyczące rodziców osoby zmarłej

Imię ojca

Nazwisko rodowe
ojca

Imię matki

Nazwisko rodowe
matki

Dla zgonu dziecka do I roku życia

Rok i miejsce zawarcia związku małżeńskiego rodziców

Data urodzenia matki dziecka

upoważniam

mojego/ją / stopień pokrewieństwa/

Pana/Panią.....

syna/córkę

zamieszkałego/łą

legitymującego się dowodem osobistym/ paszportem seria i nr

do zgłoszenia zgonu wyżej wymienionej osoby w moim imieniu i odbioru odpisu aktu zgonu.
Jednocześnie pouczone o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 kodeksu Karnego za zeznanie
nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że potwierdzam prawdziwość powyższych danych
osobowych.

.....

/ miejscowość i data/

.....

/podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa/

Opłata skarbową za pełnomocnictwo 17 zł , z wyjątkiem osób uprawnionych do zwolnienia