

Imię.....

Konin, dnia .....

Nazwisko .....

Adres .....

Telefon i/lub e-mail\* .....

.....  
*\*Podanie numeru i/lub adresu e-mail nie jest obowiązkowe,  
 ale ułatwi kontakt w sprawie*

**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, pesel – jeżeli jest znany)

**małżeństwa:** .....

.....

(imiona i nazwiska małżonków, data zawarcia związku, pesel – jeżeli jest znany)

**zgonu:**.....

.....

(imię i nazwisko zmarłego, data zgonu, pesel – jeżeli jest znany)

stopień pokrewieństwa wnioskodawcy: .....

cel wydania: .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Prezydenta Miasta Konina moich danych osobowych:

**numeru telefonu/adresu poczty elektronicznej\***, aby urząd mógł mi przekazać istotne informacje w sprawie, której dotyczy złożony przeze mnie wniosek. Zgody udzielam na podstawie art. 6 ust. 1 lit a RODO\*, który dotyczy przetwarzania danych osobowych na podstawie dobrowolnej zgody.

.....  
 czytelny podpis wnioskodawcy

#### Oplaty:

- 22 zł – odpis skrócony i wielojęzyczny
- 33 zł – odpis zupełny
- 5 zł – kserokopia każdej strony

\_\_\_\_\_  
 \* niepotrzebne skreślić

\* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.L.2016.119.1)

.....  
 data odbioru i czytelny podpis