

Konin, dnia .....

Imię .....

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 uzupełnienie aktu stanu cywilnego**

Proszę o uzupełnienie aktu urodzenia/ małżeństwa/ zgonu\*:

nr .....

.....  
 (imię i nazwisko)

sporządzonego w Urzędzie Stanu Cywilnego w Koninie. W akcie brak jest:

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

a zgodnie z wcześniej sporządzonym aktem urodzenia/ małżeństwa/ zgonu\* w Urzędzie

Stanu Cywilnego w .....

nr .....

data zdarzenia ..... powinno być .....

.....  
 .....

Zostałem/am poinformowany/a o konieczności zawiadomienia przez Urząd Stanu  
 Cywilnego w Koninie współmałżonka/ osoby, której akt dotyczy.

---

\* niepotrzebne skreślić

Adres zamieszkania:

.....  
.....

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

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:**

- 39 zł – odpis zupełny aktu stanu cywilnego wydany w wyniku uzupełnienia dokonanego na wniosek

---

\* 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)