

Brodnica, dnia .....

**USC.5362.**

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(PESEL)

.....  
(nr dokumentu tożsamości, data wydania  
i organ wydający)

---

## WNIOSEK O WYDANIE ODPISU AKTU STANU CYWILNEGO

---

**Kierownik Urzędu Stanu Cywilnego  
w Brodnicy  
ul. Parkowa 2  
63-112 Brodnica**

*Proszę o wydanie odpisu:*

*skróconego .....szt.\**

*zupelnego .....szt.\**

*wielojęzycznego .....szt.\**

☐ aktu urodzenia

☐ aktu małżeństwa

☐ aktu zgonu

.....  
imię i nazwisko osoby , której akt dotyczy (w przypadku aktu urodzenia proszę podać nazwisko rodowe)

.....  
data zdarzenia

.....  
miejsce zdarzenia

.....  
PESEL

.....  
stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą

### **Cel ubiegania się o odpis aktu stanu cywilnego – sprawa\*:**

- |                                                                   |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> prywatna                                 | <input type="checkbox"/> alimentacyjna, przysposobienia, opieki i kurateli           |
| <input type="checkbox"/> spadkowa                                 | <input type="checkbox"/> zasiłku rodzinnego                                          |
| <input type="checkbox"/> notarialna                               | <input type="checkbox"/> zawarcia związku małżeńskiego                               |
| <input type="checkbox"/> bankowa                                  | <input type="checkbox"/> ZUS, sprawy rent, emerytur                                  |
| <input type="checkbox"/> PZU lub inne towarzystwo ubezpieczeniowe | <input type="checkbox"/> dowód osobisty, paszport                                    |
| <input type="checkbox"/> inne.....                                | <input type="checkbox"/> zatrudnienia i wynagrodzeń za pracę                         |
| .....                                                             | <input type="checkbox"/> nauki, szkolnictwa i oświaty pozaszkolnej i ochrony zdrowia |

*\*właściwie zaznaczyć*

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy – imię i nazwisko)

## INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Brodnica z siedzibą przy ulicy Parkowej 2, 63-112 Brodnica. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: [rodo.inspektor@brodnica.net.pl](mailto:rodo.inspektor@brodnica.net.pl) lub pisemnie na adres: Gmina Brodnica ul. Parkowa 2, 63-112 Brodnica. Dane przetwarzane będą celem realizacji wniosku; odbiorcą danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa lub odrębnych umów; dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej; dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach dotyczących archiwizacji; posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody; ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych; Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

**Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji wniosku.**

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

---

### ADNOTACJE URZĘDOWE:

Dnia ..... r. wydano ..... egzemplarze odpisu aktu

OPŁATA SKARBOWA:

.....  
(podpis osoby wydającej)