

EGZAMIN PROKURATORSKI 2021

ZADANIE PRAKTYCZNE Z PRAWA CYWILNEGO

AKTA SPRAWY CYWILNEJ

PO IV Pc ... 2020

Prokuratura Okręgowa w P

Polecenie:

Proszę sporządzić środek prawny przysługujący prokuratorowi na dzień przeprowadzenia egzaminu.

3

2020-01-29
 Wpł. 2020-02- - 3
 zal. 69
 podpis

OT.408-14/2020

POIV.Pc - 2020

P. Prok. R.
Kier. Dr. Sed.
04.02.2020

Prokuratura Okręgowa

w P

ul.

Występuję z wnioskiem do Prokuratora Okręgowego w F o przesłanie,
 na podstawie art. 7 Kodeksu Postępowania Cywilnego, wniosku o wszczęcie postępowania
 o ubezwłasnowolnienie Pani Genowefy B , zam. w DPS Ł , do Sądu Okręgowego
 w P

Uzasadnienie

Pani Genowefa B jest mieszkanką Domu Pomocy Społecznej w Ł od dnia 23.09.2019 r. z rozpoznaniem: otępienie w chorobie Alzheimerera. Stan cywilny: wdowa.

Pensjonariuszka, z uwagi na postępujący proces chorobowy nie jest w stanie świadomie kierować swoim postępowaniem, nie może podejmować żadnych decyzji, ani składać podpisów na żadnych dokumentach. Stan zdrowia mieszkanki ulega pogorszeniu. W chwili obecnej nie jest ona w stanie podejmować jakichkolwiek decyzji dotyczących swojej osoby, coraz trudniej jest jej funkcjonować w warunkach DPS jako osobie w pełni praw. Ponadto, na skutek urazu, jest osobą leżącą.

Pani Genowefa E jest wdową. Z posiadanych dokumentów wynika, że ma brata – Edwarda G , zam. ul. , S oraz syna – Pawła B , zam. ul. , P . Rodzina utrzymuje kontakt z naszą mieszkanką ale nie jest w stanie zajmować się jej sprawami. Ww. złożyli oświadczenia, że nie będą wnosić sprawy o ubezwłasnowolnienie Pani Genowefy B .

Jednocześnie proszę o wyznaczenie kuratora dla naszej mieszkanki na czas trwania postępowania.

Z uwagi na to, że wobec pensjonariuszki, z wnioskiem o ubezwłasnowolnienie nie występują osoby wymienione w art. 545 § 1 KPC, wniosek Prokuratora jest w tej sprawie konieczny i zasadny.

Wskazane
Jm.

Załączniki:

1. Odpis skrócony aktu małżeństwa nr:
2. Zaświadczenie lekarza psychiatry,
3. Kserokopia decyzji kierującej do DPS,
4. Kserokopia decyzji o umieszczeniu w DPS,
5. Kserokopia decyzji dotyczącej odpłatności za pobyt w DPS,
6. Kserokopia dowodu osobistego,
7. Kserokopia decyzji dot. pobieranego świadczenia,
8. Oświadczenia rodziny,
9. Kserokopia karty informacyjnej z pobytu w szpitalu.

Województwo
URZĄD STANU CYWILNEGO F

Odpis skrócony aktu małżeństwa

1. Dane osób, które zawarły małżeństwo

	Mężczyzna	Kobieta
Imię pierwsze	KAZIMIERZ	GENOWEFA
Imię drugie	-	-
Imiona kolejne	-	-
Nazwisko	B	C
Nazwisko rodowe	B	G
Data urodzenia		
Miejsce urodzenia	G	S

2. Data i miejsce zawarcia małżeństwa

Data : 5
Miejsce P

3. Dane rodziców

	Ojciec mężczyzny	Ojciec kobiety
Imię (imiona)	JAN	WŁADYSŁAW
Nazwisko rodowe	B	G
	Matka mężczyzny	Matka kobiety
Imię (imiona)	JÓZEFA	MARIANNA
Nazwisko rodowe	S	W.

4. Nazwiska małżonków po zawarciu małżeństwa

Mężczyzny
Kobiety

5. Nazwisko dzieci zrodzonych z tego małżeństwa

Dzieci

6. Aktualnie noszone nazwisko, jeżeli jest inne niż po zawarciu małżeństwa

Mężczyzny -
Kobiety -

7. Adnotacja o ustaniu małżeństwa, jego unieważnieniu, ustaleniu nieistnienia małżeństwa, o separacji, o zniesieniu separacji, oznaczenie sądu oraz sygnatura akt sprawy oraz data uprawomocnienia się orzeczenia, oznaczenie aktu zgonu

MAŁŻENSTWO, KTÓREGO ZAWARCIE POTWIERDZA NINIEJSZY AKT, USTAŁO W DNIU
? PRZEZ ŚMIERĆ MĘŻCZYNY, DLA KTÓREGO SPORZĄDZONO AKT
ZGONU /2019/

8. Informacje o odpisie

Odpis jest zgodny z treścią aktu małżeństwa o oznaczeniu:

Miejsce sporządzenia odpisu P

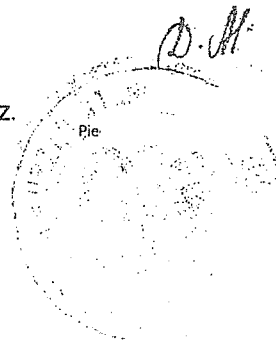
Data sporządzenia odpisu :

Opłata skarbową

NIE PODLEGA OPŁACIE SKARBOWEJ NA
PODSTAWIE ART. 2 UST. 1 PKT. 1 LIT. C.
USTAWY Z DNIA 16 LISTOPADA 2006 R. O
OPŁACIE SKARBOWEJ (DZ. U. Z 2015 R. POZ.
783, Z PÓŻN. ZM.).

9. Pieczęcie i podpis

Własnoręczny podpis osoby wydającej odpis
i pieczęć z imieniem, nazwiskiem i stanowiskiem
służbowym.



TWOJE DANE
 97-400 5
 NIP:

VI ZNA SB. Z O
 W. ul. 1
 -3

PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEJ
 Nr księgi re..... 00000024F.
 Kod resortov..... 67 VII-
 Nr punktu zakładu psychiatrycznego..... 20296/04/010/15

ZASWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY

- 1) Imię i nazwisko osoby badanej Genovefa E
- 2) Szczegółowa diagnoza psychiatryczna Odstąpienie niktane z elementem blizniniowa
- 3) Przebieg leczenia:
 - a) data pierwszej hospitalizacji, ostatniej
 - b) liczba hospitalizacji, łączny czas hospitalizacji
 - c) główne powody hospitalizacji
- 4) Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia stanowienie psychiczne z nasacem odstapienia od trizniniwa
stanowienie psychiczne z nasacem odstapienia od trizniniwa
stanowienie psychiczne z nasacem odstapienia od trizniniwa
stanowienie psychiczne z nasacem odstapienia od trizniniwa
stanowienie psychiczne z nasacem odstapienia od trizniniwa
- 5) Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby badanej w środowisku stanowienie psychiczne z nasacem odstapienia od trizniniwa
stanowienie psychiczne z nasacem odstapienia od trizniniwa
stanowienie psychiczne z nasacem odstapienia od trizniniwa
- 6) Lekarz prowadzący (imię i nazwisko, adres, numer telefonu) Genovefa E
Genovefa E
Genovefa E
- 7) Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza

..... 20.01.2020

.....
 miejscowość i data

.....
 podpis i pieczęć lekarza psychiatry

Prezydent Miasta
F

I .., dnia 18.09.2019r.

MOPR.VII. . 2019

Pani Genowefa B

P

ul.

DECYZJA

Na podstawie art.17 ust.1 pkt.16, art.54 ust.1 i 2, art.56 pkt.3, art.59 ust. 1, art.106 ust.1, art.109 ust.1, art.110 ust.7 i 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019r. poz.1507), § 8 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012r. w sprawie domów pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2018r., poz.734 ze zm.), art.104,art.108 §1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018r.. noz 2096 ze zm.) – po rozpatrzeniu sprawy Pani Genowefy F zam. F dotyczącej skierowania do domu pomocy społecznej

orzeka się

- 1.skierować Panią Genowefę B do domu pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych na pobyt stały.
- 2.decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

UZASADNIENIE

Zgodnie z art.54 ust.1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2098r., poz.1507) osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu choroby lub niepełnosprawności nie mogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej.

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji w tym wywiadu środowiskowego ustalono, że Pani Genowefa B nie może samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu i w związku z tym wymaga całodobowej opieki. Takiej opieki nie można zapewnić w formie usług opiekuńczych.

Wobec tego organ uznał za zasadne skierowanie wnioskodawcy do domu pomocy społecznej typu odpowiedniego do schorzenia.

Z uwagi na ważny interes strony, decyzji nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

POUCZENIE

1. Od niniejszej decyzji służy prawo wniesienia odwołania do Samorządowego Kolegium Odwoławczego w I za pośrednictwem ,działającego z upoważnienia Prezydenta Miasta P , Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w F w terminie 14 dni od daty jej doręczenia.
2. Strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania wobec organu, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia organowi oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania ,decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Decyzja nie podlega opłacie skarbowej na podstawie art.2 ust.1 pkt.1 lit. c ustawy z dnia 16 listopada 2006r. o opłacie skarbowej (Dz. U. z 2019r.,poz.1000).

Za zgodność z oryginałem:

Otrzymują:
1. Adresat
2. a/a

2020-01-23
data

Prezydent Miasta
Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w I

mgr Zofia

[Signature]

[Signature]

[Signature]

STAROSTA
POWIATU P

Pani Genowefa B.
ul.

PCPR. 2019

DECYZJA

Na podstawie art. 54 ust. 1, art. 59 ust. 2, art. 106 ust. 1, art. 107 ust. 1, art. 112 ust. 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507) oraz art. 104 i art. 108 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 ze zm.) - po rozpatrzeniu sprawy Pani Genowefy B. zam. ul. dotyczącej umieszczenia w Domu Pomocy Społecznej w Ł

orzeka się:

1. umieścić Panią Genowefę B. w Domu Pomocy Społecznej w Ł
2. decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

UZASADNIENIE

Pani Genowefa B. decyzją z dnia 18.09.2019 roku nr MOPR. 2019 wydaną z upoważnienia Prezydenta Miasta P. przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w P, została skierowana do domu pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych na pobyt stały.

Zgodnie z art. 59 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507) decyzję o umieszczeniu w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy prowadzącej dom pomocy społecznej lub starosta powiatu prowadzącego dom pomocy społecznej.

Na podstawie przedstawionej dokumentacji oraz wywiadu środowiskowego wynika, że występujące u Pani Genowefy B. schorzenie nie pozwala na samodzielne funkcjonowanie i jednocześnie brak jest możliwości zapewnienia jej opieki w środowisku rodzinnym. W związku z powyższym zasadne jest uznać sytuację za wyjątkowo trudną i w celu zapewnienia całodobowej opieki umieścić Panią w domu pomocy społecznej.

Dom Pomocy Społecznej w Ł dysponuje wolnym miejscem, w związku z czym postanowiono umieścić zainteresowaną w ww. placówce.

Z uwagi na ważny interes strony, decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Pouczenie:

1. Od niniejszej decyzji służy prawo odwołania do Samorządowego Kolegium Odwoławczego w P. za pośrednictwem Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w P. w terminie 14 dni od daty jej doręczenia.

2. Strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania wobec organu, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia organowi oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Nie podlega opłacie skarbowej na podstawie art. 2 ust. 1 pkt. 1 lit. c ustawy z dnia 16 listopada 2006 roku o opłacie skarbowej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1044 ze zm.).

Otrzymują:

1. Adresat
2. A/a

Za zgodność z oryginałem

2020-01-29

.....
data podpis

Do wiadomości:

1. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
2. Dom Pomocy Społecznej w Ł

Prezydent Miasta

P. ..., dnia 27.12.2019 r.

Pi

10

MOPR. ... 2019

Pani Genowefa B

Dom Pomocy Społecznej

w Ł

DECYZJA

Na podstawie art. 61 ust.2 pkt 1), art. 62 ust. 1 pkt 1), art. 106 ust.3b, ust. 5, art. 110 ust. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej(Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 ze zm.) rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1358), art. 163 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r. poz.2096 ze zm.)

orzeka się:

zmienić z urzędu decyzję ostateczną Nr MOPR. ... 2019 z dnia 30 września 2019r. w sprawie ustalenia odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej w części dotyczącej wysokości tej opłaty, w ten sposób, że od 1 listopada 2019r. wysokość opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej wynosi 1045,26 zł miesięcznie tj. 70% aktualnego dochodu netto.

UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 106 ust. 5 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019r. poz.1507 ze zm.) zwanej dalej „ustawą”, zmiana decyzji administracyjnej następuje m.in. w przypadku zmiany sytuacji dochodowej strony. Wpływ na wysokość odpłatności ma zmiana dochodu przekraczająca 10 % kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej tj. kwotę 70,10 zł (art. 106 ust. 3b ustawy).

Od 1 października 2018 r. kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej wynosi 701,00 zł.

Z kolei z przepisu art. 61 ust.2 pkt 1) ustawy wynika, że wysokość opłaty nie może być wyższa niż 70 % dochodu netto.

za zgodności z oryginałem

2020-01-29
data

podpis

2768,26

Aktualna wysokość dochodu mieszkańca wynosi 1493,24 zł miesięcznie.
(renta – 1271,23 zł, dodatek pielęgnacyjny – 222,01 zł).

Dochód wzrósł o kwotę 82,96 zł w stosunku do dochodu stanowiącego poprzednio podstawę naliczenia opłaty za dom pomocy społecznej. Wobec tego, że wzrost dochodu przekroczył 10 % kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej tj. kwotę 70,10 zł konieczna stała się zmiana wysokości opłaty ponoszanej przez mieszkańca za dom pomocy społecznej.

Opłata za pobyt w domu pomocy społecznej stanowi więc od 1 listopada 2019r. kwotę 1045,26 zł miesięcznie tj. 70 % kwoty 1493,24 zł.

Mając na uwadze powyższe należało orzec jak w sentencji.

POUCZENIE

1. Od niniejszej decyzji stronie przysługuje prawo wniesienia odwołania do Samorządowego Kolegium Odwoławczego w P, za pośrednictwem, działającego z upoważnienia Prezydenta Miasta, Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w P w terminie 14 dni od daty jej doręczenia.

2. Strona może zrzec się prawa do wniesienia odwołania wobec organu, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia organowi oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Strona zobowiązana jest do informowania Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w P o każdej zmianie sytuacji dochodowej i majątkowej, która wiąże się z podstawą naliczania opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej.

Decyzja nie podlega opłacie skarbowej na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o opłacie skarbowej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1000 ze zm.)

Otrzymują:

1. adresat
2. a/a

Do wiadomości:

Dom Pomocy Społecznej
w Ł

Z upoważnienia
Prezydenta Miasta P
Wzrost
Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w P

mgr Zuzanna A

Za zgodność z oryginałem

2020-01-29
data

podpis

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Oddział w

ul. F

12

Decyzja o przyznaniu renty rodzinnej

Z dnia 07-10-2019

Znak: R/

(w korespondencji prosimy podać ww. znak oraz PESEL,
a w razie jego braku - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu)

Pani GENOWEFA

, ul.

I. PODSTAWA PRAWNA

Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1270 ze zm.), zwana dalej ustawą emerytalną.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych po rozpatrzeniu Pani wniosku z dnia 23-09-2019 r. przyznaje rentę rodzinną od 14-08-2019, tj. od dnia śmierci męża.

II. UPRAWNIENI DO RENTY RODZINNEJ

- GENOWEFA B - ur. r. - na stałe

Zakład ustalił termin płatności świadczenia na 20 dzień każdego miesiąca.

III. OBLICZENIE WYSOKOŚCI RENTY RODZINNEJ

Wysokość emerytury brutto osoby zmarłej wynosiłaby miesięcznie: 1766,29 zł.

Renta rodzinna wynosi:

od 14-08-2019 r.

Renta rodzinna dla 1 osoby uprawnionej wynosi 85% świadczenia osoby zmarłej: $85\% \times 1766,29 \text{ zł} = 1501,35 \text{ zł}$.

Renta rodzinna dla 1 osoby uprawnionej wynosi łącznie: 1501,35 zł.

Do renty rodzinnej przysługują dodatki:

- dla GENOWEFA

- dodatek pielęgnacyjny:

- od 2019-08-14 - 222,01 zł

- od 2019-09-01 - 222,01 zł

IV. NALICZONE WYRÓWNANIA, POTRĄCENIA I ODLICZENIA

Na poczet należności od 14-08-2019 do 31-10-2019 w kwocie 4096,45 zł Zakład zalicza kwotę 2234,16 zł z tytułu wypłaconej emerytury,

pozostała należność w kwocie 1862,29 zł

po odliczeniu

zaliczki na podatek odprowadzanej do urzędu skarbowego w kwocie 108,00 zł, liczonej od podstawy opodatkowania 1640,00 zł,

składki na ubezpieczenie zdrowotne w łącznej kwocie 147,63 zł, w tym odliczanej od podatku 127,12 zł,

z kwoty świadczenia 20,51 zł,

Zakład przekaze na rachunek w banku w kwocie 1606,66 zł.

V. NALICZONE ŚWIADCZENIE BIEŻĄCE, POTRĄCENIA I ODLICZENIA

Od 01-11-2019 podstawę opodatkowania stanowi miesięcznie kwota 1501,00 zł,

zaliczka na podatek odprowadzana do urzędu skarbowego wynosi 95,00 zł,

składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi łącznie 135,12 zł, w tym odliczana od podatku wynosi 116,35 zł,

odliczana z kwoty świadczenia wynosi 18,77 zł.

wysokość świadczenia do wypłaty

wynosi miesięcznie 1493,24 zł.

W związku z przyznaniem renty rodzinnej Zakład zawiesza wypłatę emerytury z uwagi na zbieg prawa do więcej niż jednego świadczenia, gdyż może być wypłacone tylko jedno - wyższe lub wybrane przez Panią.

2020-01-29

data

Approbant

Zaneta

pieczęćka i podpis

Z dnia: 07-10-2019, Znak

Samodzielny Szpital Wojewódzki



ul. Krakowska 13
ODDZIAŁ
z VIII KR
tel. 05

im. ---

P

P

ul.

IZBA PRZYJĘĆ OGÓLNA

tel.

13

KARTA INFORMACYJNA

Nazwisko B
Imiona Genowefa
Data urodzenia
PESEL
Adres

Ubezpieczyciel
Data wizyty 28-12-2019 14:55 - 28-12-2019 18:51

I ROZPOZNANIA wg ICD10
S32.5 - ZŁAMANIE KOŚCI ŁONOWEJ

Wyniki badań

RTG miednicy- podejrzenie złamania kości łonowej prawej

Konsultacje

Ortopedyczna.

Epikryza

Dzisiaj upadek, uraz biodra prawego.

Wskazania i uwagi

Kontrola w Poradni Ortopedycznej za 6 tygodni po wyznaczeniu terminu wizyty w rejestracji,
tel. (44)648-03-20 lub (44)648-03-84.

Okiłady Altacet. Leżenie przez 6 tygodni.

Neoparin 0,04 1xlamp podskórnice.

5739864

Lekarz Wypisujący

2020-01-24
data

[Signature]

f

10/15/102

10/15/102

10

Ja niżej podpisany oświadczam
 że nie będę wnosil sprawy do Sądu
 o ubóstwosnowdzenie mojej siostry B. : Gnowyfy.
 Wynajam żądał aby DPS w Ł. wnoskował
 do Sądu o ubóstwosnowdzenie w/w

G. Edward

S.
 ul.

15

Ja niżej podpisany oświadczam że nie będę
wnosił sprawy do sądu o ubezwłasnowolnienie
mojej mamy Genowefy B.

Wyrażam zgodę aby DPS w Ł.
wnioskował do sądu o ubezwłasnowolnienie
m.w.

Paweł B

7
mi.
tel.

18

Gmina**Kod terytorialny****Kod pocztowy:** !**Miejscowość:** Ł**Kod terytorialny miejscowości:** ..**Numer domu:****Dane uzupełniające****Nazwisko rodowe:** G**Nazwisko rodowe matki:** W.**Nazwisko rodowe ojca:** G**Dowód osobisty****Seria i numer:** .**Data ważności:** 2105-12-16**Rodzaj organu:** PREZYDENT MIASTA**Województwo** .**Powiat** Pi**Gmina** P**Kod terytorialny** 1062011**Kraj zamieszkania****Kraj zamieszkania:** POLSKA**Obywatelstwo****Nazwa kraju:** POLSKIE**Dane dodatkowe****Akt urodzenia****Numer aktu urodzenia:****Rodzaj organu:** URZĄD STANU CYWILNEGO**Województwo****Powiat****Gmina****Kod terytorialny****Stan cywilny****Stan cywilny:** WDOVA**Data rozwiązania:** 2019-08-14

19

Związek małżeński

Numer aktu:

Forma ustania: ZGON WSPÓŁMAŁŻONKA

Małżonek

Numer PESEL:

Imię: KAZIMIERZ

Nazwisko rodowe: B

Poprzednie dane stanu cywilnego

Stan cywilny	Data zawarcia	Data rozwiązania	Numer aktu	Sygnatura akt sądowych	Forma ustania
ZAMEZNA	1976-04-17				
PANNA					

Poprzednie dane pobytu stałego

Data od	Data do	Gmina	Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
1987-07-20	2019-10-24	P		P		11	3
1978-04-17	1987-07-20	P		P		34	1
1967-02-11	1978-04-17	P		P		9	
1937-02-28	1967-02-11	M		G		1	

Poprzednie nazwiska

Nazwisko	Inny zapis	Nazwisko rodowe	Nazwisko rodowe (inny zapis)
G			

Dane adresowe

Adres

Data od-do: od 2019-10-24

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Kod terytorialny 1:

Kod pocztowy:

Miejscowość: k

Kod terytorialny miejscowości:

Numer domu:

Poprzednie dane pobytu stałego

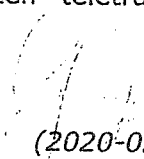
Data od	Data do	Gmina	Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
---------	---------	-------	--------------	-------------	-------	------------	--------------

20

1987-07-20	2019-10-24	PJ	PJ	11	3
1978-04-17	1987-07-20	P	PJ	34	1
1967-02-11	1978-04-17	P	P	9	
1937-02-28	1967-02-11	Mi	Gj	1	

Dane zgodne ze stanem zbioru bazy danych PESEL z dnia 2020-02-10

Zaświadczenie wydano w oparciu o decyzję Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji nr DSO - WUI - 0495 - 6/10 z dnia 31 marca 2010 r. o wyrażeniu zgody na udostępnienie Prokuratorowi Generalnemu danych ze zbioru PESEL za pomocą urządzeń teletransmisji do realizacji ustawowych zadań.


(2020-02-10)

(podpis i pieczęć upoważnionego pracownika)

Województwo :
URZĄD STANU CYWILNEGO PI

Odpis skrócony aktu zgonu

1. Dane osoby zmarłej

Imię pierwsze KAZIMIERZ
Imię drugie -
Imiona kolejne -
Nazwisko B
Nazwisko rodowe B
Stan cywilny ŻONATY
Data urodzenia
Miejsce urodzenia G

2. Czas i miejsce zgonu / znalezienia zwłok

Data zgonu
Godzina zgonu 15:05
Miejsce zgonu PI
Data znalezienia zwłok -
Godzina znalezienia zwłok -
Miejsce znalezienia zwłok -

3. Dane małżonka osoby zmarłej

Imię (imiona) GENOWEFA
Nazwisko B
Nazwisko rodowe G

4. Dane rodziców osoby zmarłej

	Ojciec	Matka
Imię (imiona)	JAN	JÓZEFA
Nazwisko rodowe	B	S

5. Informacje o odpisie

Odpis jest zgodny z treścią aktu zgonu o oznaczeniu:

Miejsce sporządzenia odpisu P
Data sporządzenia odpisu 11.02.2020
Opłata skarbową NIE PODLEGA OPŁACIE SKARBOWEJ NA
PODSTAWIE ART. 3 USTAWY Z DNIA 16
LISTOPADA 2006 R. O OPŁACIE SKARBOWEJ
(DZ. U. Z 2015 R. POZ. 783, Z PÓŻN. ZM.).

6. Pieczęcie i podpis

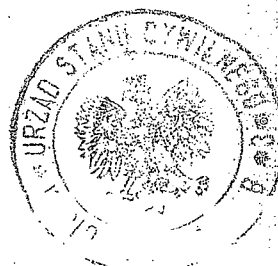
Własnoręczny podpis osoby wydającej odpis
i pieczęć z imieniem, nazwiskiem i stanowiskiem
służbowym.

Z up. KIEROWNICĄ
Urzedu Stanu Cywilnego
PODINSPEKTOR
[Podpis]

Pieczęć urzędowa

Odpis skrócony aktu zgonu

strona 1/1



Województwo
URZĄD STANU CYWILNEGO W



Odpis skrócony aktu urodzenia

45

1. Dane dziecka

Imię pierwsze GENOWEFA
Imię drugie -
Imiona kolejne -
Nazwisko G
Płeć KOBIETA
Data urodzenia
Miejsce urodzenia S
Kraj urodzenia POLSKA

2. Dane rodziców

	Ojciec	Matka
Imię (imiona)	WŁADYSŁAW	MARIANNA
Nazwisko rodowe	G	W.

3. Informacje o odpisie

Odpis jest zgodny z treścią aktu urodzenia o oznaczeniu:

Miejsce sporządzenia odpisu P
Data sporządzenia odpisu 11.03.2020
Opłata skarbową NIE PODLEGA OPŁACIE SKARBOWEJ NA
PODSTAWIE ART. 3 USTAWY Z DNIA 16
LISTOPADA 2006 R. O OPŁACIE SKARBOWEJ
(DZ. U. Z 2015 R. POZ. 783, Z PÓŹN. ZM.).

4. Pieczęcie i podpis

Własnoręczny podpis osoby wydającej odpis
i pieczęć z imieniem, nazwiskiem i stanowiskiem
służbowym.

Województwo Kujawsko-Pomorskie
Urząd Stanu Cywilnego
KONINSKI
Dziękuję
Dziękuję

Pieczęć urzędowa



S
ale
Gaj