Форма № 21

|  |  |
| --- | --- |
| Заявление поступило: личный приемчерез Единый портал государственных имуниципальных услуг (функций)Заявление принято«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.,рег. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, инициалы и подпись должностного лица)Запись акта о смерти№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.  | \_\_\_Отдел ЗАГС администрации Киквидзенского муниципального района Волгоградской области(наименование органа, осуществляющего государственную регистрацию актов гражданского состояния)Иванов Иван Иванович(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя[[1]](#footnote-2))\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Россия, Волгоградская область, Киквидзенский район, с.Семеновка, ул.Мирная, д.18(адрес места жительства)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование документа, удостоверяющего личность)Серия 1803 № 535455,ОУФМС России по Волгоградской области в Киквидзенском районе(наименование органа, выдавшего документ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_01.01.2003\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата выдачи8-927-53-54-555(контактный телефон)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя[[2]](#footnote-3))\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование организации)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(местонахождения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование документа, удостоверяющего личность)серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата выдачи)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(контактный телефон) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СМЕРТИ**

Прошу произвести государственную регистрацию смерти.

**Сообщаю следующие сведения об умершем:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия** | Сидоров |
| **Имя** | Василий |
| **Отчество** | Петрович |
| **Дата рождения** | «12» апреля 1963 г. |
| **Место рождения** | Г.Волгоград |
| **Пол** | мужской |
| **Гражданство** | Российская Федерация |
| **Национальность** | русский |
| **Дата смерти/время смерти** |  «15» января 2019 г. 18 ч. 00 мин. |
| **Место смерти** | Россия, Волгоградская область, Киквидзенский район, х.Мозглы |
| **Адрес последнего места****жительства умершего** | Россия, Волгоградская область, Киквидзенский район, х.Калачевский ул.Новая, д.13 |
| **Документ, удостоверяющийличность умершего**(при наличии) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование)серия 18 03 № 9876543,Киквидзенским РОВД Волгоградской области(наименование органа, выдавшего документ)  \_\_\_\_\_\_23.05.2001г.\_\_\_\_\_\_ (дата выдачи) |
| **Основание для государственной регистрации смерти**(отметить знаком V и указать реквизиты документа):медицинское свидетельство о смертимедицинское свидетельство о перинатальной смертиГосударственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная районная больница Киквидзенского муниципального района Волгоградской области»,(наименование органа, выдавшего документ)серия 1718347 № 987694 от «06» марта 2019 г.решение суда об установлении факта смертирешение суда об объявлении лица умершимот «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование суда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ документ, выданный компетентными органами, о факте смерти лица, необоснованно репрессированного и впоследствии реабилитированного на основании закона о реабилитации жертв политических репрессий: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.**Документ, подтверждающий полномочия заявителя:** доверенность от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего документ) |

« 13 »января 2019 г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя)

1. Заполняется супругом (супругой), другими членами семьи умершего, а также любым другим лицом, присутствовавшим
в момент смерти или иным образом информированным о наступлении смерти, в соответствии с пунктом 1 статьи 66 Федерального закона от 15.11.1997 № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния».

2 Заполняется уполномоченным лицом медицинской организации или организации социального обслуживания, учреждения, исполняющего наказания, органа внутренних дел, органа дознания или следствия, командиром воинской части в соответствии
с пунктом 1 статьи 66 Федерального закона от 15.11.1997 № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния». [↑](#footnote-ref-2)
2. [↑](#footnote-ref-3)