

.....  
(Imię, nazwisko)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(adres)

.....  
(tel. kontaktowy- dobrowolnie)

**KIEROWNIK  
URZĘDU STANU CYWILNEGO  
W LUBNIEWICACH**

**OŚWIADCZENIE  
DRUGIEGO RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO)  
O ZGODZIE NA ZMIANĘ IMIENIA I/LUB NAZWISKA DZIECKA**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na zmianę imienia i/lub nazwiska mojego dziecka:

Nazwisko:.....

Imię /imiona/:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

PESEL : .....

**Imię i/lub nazwisko proponowane** .....

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)