

Słupno, dnia

.....

(Nazwisko i imię dziecka)

.....

(adres zamieszkania)

.....

(PESEL)

O Ś W I A D C Z E N I E

dziecka powyżej 13 roku życia o wyrażeniu zgody na zmianę nazwiska

Oświadczam, że wyrażam zgodę na zmianę mojego nazwiska

.....

na nazwisko

.....

(podpis)

.....

(podpis Kierownika USC)