**ÖLÜMÜN QEYDƏ ALINMASI HAQQINDA ƏRİZƏ**

Azərbaycan Respublikası Ailə Məcəlləsinin tələblərinə uyğun olaraq qanun üzrə ən yaxın varisi olduğum “\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20          tarixində \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ şəhərində ölmüş

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  oğlunun (qızının)

ölümünün qeydə alınmasını, bununla əlaqədar ölüm haqqında şəhadətnamə verilməsini xahiş edirəm.

|  |
| --- |
|  **Ölən haqqında məlumat** |
| 1. Soyadı |   |
| 2. Adı |   |
| 3. Ata adı |   |
| 4. Cinsi |   |
| 5. Milliyyəti |   |
| 5. Ölüm tarixi və yaşı |   |
| 5. Ölüm yeri |   |
| 6. Ölümün səbəbi |   |
| 7. Vətəndaşlığı |   |
| 8. Doğulduğu vaxt |   |
| 9. Doğulduğu yer |   |
| 10. Son yaşayış yeri |   |
| 11. Ailə vəziyyəti |   |
| 12. Son iş yeri və vəzifəsi |   |
| 13. Təhsil səviyyəsi |   |
| 14. Ölümü təsdiq edən sənəd |   |
|  **Ərizəçi haqqında məlumat** |
| 1. Soyadı |   |
| 2. Adı |   |
| 3. Ata adı |   |
| 4. Yaşayış yeri |   |
| 5. İş yeri və vəzifəsi |   |
| 6. Pasport |   |

Əlavə: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

İMZA:

“\_\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20