

**SKRÓCENIE MIESIĘCZNEGO TERMINU WYCZEKIWANIA
NA ZAWARCIE ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIEGO**

Dnia 20.... r.

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres

.....
nr telefonu

KIEROWNIK
Urzędu Stanu Cywilnego
w Konstantynowie

**Wniosek o skrócenie miesięcznego terminu wyczekiwania
na zawarcie związku małżeńskiego**

Zwracam się z prośbą o skrócenie miesięcznego terminu wyczekiwania na

zawarcie związku małżeńskiego z Panem (Panią)*.....

zam.

Podstawę do skrócenia stanowi.....

.....

.....

.....

.....
podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: numer telefonu, w celu przekazywania przez Urząd istotnych informacji związanych z prowadzonym postępowaniem.

.....
podpis

* **niepotrzebne skreślić**