

від \_\_\_\_\_

адреса для листування \_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

паспорт: серія \_ № \_\_\_\_\_

виданий \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ р.

### ЗАПИТ

на витребування архівної інформації

Прошу видати (необхідне позначити):

архівну довідку  архівну копію  скановану копію запису на email

про (позначається тільки одна подія):

народження  шлюб  розірвання шлюбу  зміну імені  смерть

Прізвище, ім'я, по батькові (для жінок обов'язково вказати дівоче прізвище):

\_\_\_\_\_

Дата події або її реєстрації: \_\_\_\_\_

Місце події або її реєстрації (вказати населений пункт, район, область або населений пункт, назва церкви, волость, повіт, губернія): \_\_\_\_\_

Віросповідання \_\_\_\_\_

Батько (прізвище, ім'я, по батькові) \_\_\_\_\_

Мати (прізвище, ім'я, по батькові) \_\_\_\_\_

Додаткові відомості (та/або інформація про копії документів, що додаються) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Мета отримання документа (від мети залежить бланк архівної довідки):**

- генеалогія  подання до державних органів або органів юстиції України  
 консульська легалізація чи проставлення апостилю для подання до іноземних установ

**Спосіб отримання документа (необхідне позначити, тільки один вид відправки):**

- особисто (тільки запитувачу, вівторок з 09:00 до 11:00, четвер з 15:00 до 17:00)  
 електронна пошта (тільки у випадку замовлення сканованих копій записів на email)  
 Укрпошта (простим відправленням)  
 кур'єром за рахунок отримувача (у разі самостійного замовлення запитувачем адресного забору)

Даю згоду Державному архіву Одеської області на зберігання і обробку своїх персональних даних з метою внесення до бази даних заявників, доступ до якої третіх осіб здійснюватиметься відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

Даю згоду на оплату послуг, які надаються Державним архівом Одеської області відповідно до статті 35 Закону України «Про Національний архівний фонд та архівні установи».

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

\_\_\_\_\_

підпис