**ШТАТ КАЛИФОРНИЯ**

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РЕГИСТРАЦИИ АКТА ГРАЖДАНСКОГО СОСТОЯНИЯ

ОКРУГ САКРАМЕНТО

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

**СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ ЖИВОГО РЕБЕНКА**

Штат Калифорния

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заполняется только черными чернилам\_\_\_\_**ХХХХХХХХХХХ\_\_\_**

**Регистрационный номер штата Местный регистрационный номер**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ЭТОТ РЕБЕНОК** | 1а. Имя ребенка | 1в. Среднее имя | 1с. Фамилия |
| 2. Пол | 3а. Число рожденных детей | 3в. Если несколько, то какой по счету ребенок   **-** | 4а. Дата рождения - день, месяц, год | 4в. Время рождения (24 часа) |
| **МЕСТО****РОЖДЕНИЯ** | 5а. Место рождения – название больницы или учреждения  | 5в. Название улицы и номер дома или местонахождение |
| 5с. Город  | 5d. Округ | 5е. Запланированное место рождения |
| **ОТЕЦ РЕБЕНКА** | 6а. Имя отца | 6в. Среднее имя**-** | 6с. Фамилия  | 7. Место рождения  | 8. Дата рожденияДД.ММ.ГГГГ |
| **МАТЬ РЕБЕНКА** | 9а. Имя матери | 9в. Среднее имя | 9с. Фамилия (при рождении)  | 10. Место рождения  | 11. Дата рожденияДД.ММ.ГГГГ |
| **ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЗАЯВИТЕЛЯ** | Я подтверждаю, что я ознакомился с указанной информацией, и что она является верной и точной, насколько мне известно | 12а. Подпись родителя или другого лица, предоставившего сведения**/ПОДПИСЬ/** | 12в. Кем доводится ребенку | 12с. Дата подписанияДД.ММ.ГГГГ |
| **УДОСТОВЕРЕНИЕ РОЖДЕНИЯ** | Я подтверждаю, что ребенок родился живым в указанный день и час, и в указанном месте | 13а. Подпись и должностьакушера/удостоверителя **/ПОДПИСЬ/** | 13в. Номер лицензии | 13с. Дата подписанияДД.ММ.ГГГГ  |
| 13d. Имя, должность и почтовый адрес акушера печатными буквами | 14. Имя и должность удостоверителя, если не врач |
| **МЕСТНЫЙ****РЕГИСТРАТОР** | 15а. Дата смерти | 15в. Номер регистрации (только для штата) | 16. Подпись местного регистратора**/ПОДПИСЬ/** | 17. Дата принятия на регистрацию |

ЗАВЕРЕННАЯ КОПИЯ ЗАПИСИ АКТА ГРАЖДАНСКОГО СОСТОЯНИЯ

Штат Калифорния

Округ Сакраменто

Данная копия является верным и точным воспроизведением записи, официально зарегистрированной и хранящейся в офисе Департамента здравоохранения и социальных услуг округа Сакраменто.

Дата выдачи: . штрих код

 000000000

 /Подпись/

 Местный регистратор

/Большая печать штата Калифорния/ /Печать округа Сакраменто, Калифорния/

Настоящая копия недействительна, если выполнена на бланке без рельефного обрамления и не имеет воспроизведения даты и подписи Регистратора.

НИЧТОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ ЛЮБЫХ ИСПРАВЛЕНИЙ ИЛИ ПОДЧИСТОК

Штат Калифорния

Округ Сакраменто

Я, Донна Аллред, окружной секретарь округа Сакраменто, штат Калифорния, настоящим подтверждаю, что ХХХХХ, врач, чьим именем подписано прилагаемое свидетельство о рождении, был на дату выдачи свидетельства, дд месяца года, в указанном округе, должным образом избранным, уполномоченным и квалифицированным, и наделенным полномочиями по закону подписывать документы от своего имени; а также что все его официальные действия в данном качестве имеют и должны иметь полное доверие и поддержку. Я также подтверждаю, что хорошо знакома с почерком указанного должностного лица и искренне верю, что подпись на прилагаемом документе подлинная. В подтверждение сего, собственноручно подписываю и скрепляю официальной печатью указанного окружного клерка дд месяца года.

Донна Аллред, окружной секретарь

округа Сакраменто

/Подпись/ /Подпись/

 Заместитель окружного секретаря

[Круглая печать]:

Окружной секретарь

Округа Сакраменто,

Калифорния