*Перевод с английского языка*

[*Текст в рамке вверху:*

СВИДЕТЕЛЬСТВО О РЕГИСТРАЦИИ АКТА ГРАЖДАНСКОГО СОСТОЯНИЯ]

**ШТАТ АЛЯСКА**

Форма VS-1 напечатать или вписать печатными буквами стойкими чернилами **Номер актовой записи штата**

**СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ ЖИВОГО РЕБЕНКА**

Департамент здравоохранения и социальных услуг штата Аляска

Отдел записи актов гражданского состояния - г. Джуно, штат Аляска 99811

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ДАТА РЕГИСТРАЦИИ  Г. |  | | | | | | | | | |
| 1. Ребенок - имя первое среднее фамилия | | | | | | | | | | | |
| **РЕБЕНОК** | 2. Пол | 3а. Дата рождения  (число, месяц, год)  **г.** | | | 3b. Время | | | Штатрождения  **Аляска** | | | | 3c. Город, поселок или местность |
|  | 4. Место рождения [**х**] больница [ ] независимый родильный центр [ ] клиника/офис врача [ ] домашние роды [ ] другое (указать): | | | | | | | 5.Наименование медицинского учреждения (Если не является учрежд., указать улицу и номер дома) | | | | |
| **ЗАВЕРИТЕЛЬ/**  **АКУШЕР** | 6. Я удостоверяю, что данный ребенок родился живым в указанном месте, в указанную дату и время /Подпись/ | | 7. Дата подписания (число, месяц, год) **г.** | | | | | 8. Имя и должность свидетеля (печатным шрифтом)  Имя [ ] врач [ ] врач-остеопат [] администратор больницы [ ] дипломированная медсестра [ ] дипломированная медсестра-акушерка [ ] дипломированный медицинский помощник/Дипломированный медицинский работник [ ] другая акушер(ка) [**х**] другое (указать): | | | | |
|  | 9. Имя и должность врача-акушера (если не является заверителем) (напечать/вписать печатным шрифтом)  [ ] врач [ ] врач-остеопат [ ] дипломированная медсестра [ ] дипломированная медсестра-акушерка [ ] дипломированный медицинский помощник/Дипломированный медицинский работник [**х**] другая акушерка  [ ] другое (указать): Имя | | | | | | | | 10. Почтовый адрес акушера(улица и номер дома/зона доставки почты в сельскую местность/город/населенный пункт/штат/ почтовый индекс) | | | |
| **МАТЬ** | 11a. Имя матери первое среднее фамилия | | | | | 11b. Девичья фамилия | | | | | 12. Место рождения (штат или иностранное государство) | |
|  | 13. Дата рождения (число, месяц, год) **г.** | | | 14a. Место жительства – штат | | | | | | 14b. Город, населенный пункт или местность | | |
|  | 14с. Адрес места жительства | | | 15. В черте города или населенной местности  []да [ ]нет | | | | | | | | |
| **ОТЕЦ** | 16. Имя отца первое среднее фамилия | | | 17. Дата рождения (число, месяц, год) **г.** | | | | 18. Место рождения (штат или иностранное государство) | | | | |
|  | 19а. Я подтверждаю, что, насколько мне известно, личные сведения, указанные в данном свидетельстве, являются верными.(Подпись родителя) /Подпись/ | | | | | | 19b. Почтовый адрес матери (улица и номер дома, зона доставки почты в сельскую местность, город/населенный пункт, штат, почтовый индекс) | | | | | |

**№** Я удостоверяю, что настоящий документ является верной, полной и точной копией оригинала свидетельства, зарегистрированного в отделе записи актов гражданского состояния Департамента здравоохранения и социальных услуг, г. Джуно, штат Аляска.

Дата выдачи **года** [*Факсимильная подпись*]

РЕГИСТРАТОР ШТАТА

[*Печать в рамке в левом углу снизу:* Большая печать штата Аляска]

[*Печать в рамке в правом углу снизу:* ПЕЧАТЬ РЕГИСТРАТОРА ШТАТА / отдел записи актов гражданского состояния штата Аляска]

[*Текст в рамке снизу:* Любые исправления или подчистки делают данное свидетельство недействительным]