*Перевод с английского языка*

[*Печатный знак:* Большая печать штата Вирджиния*]*

Штат Вирджиния

Достопочтенная Келли Томассон - Секретарь штата Вирджиния

Форма бланка пересмотрена 18 апреля 2016 года

**АПОСТИЛЬ**

***(Гаагская Конвенция от 5 октября 1961 года)***

1. Страна: **Соединенные Штаты Америки**

Настоящий официальный документ

2. Подписан **Алексис Боулес**

3. Выступающим (-ей) в качестве **заместителя регистратора штата**

4. Скреплен печатью/штампом **Алексис Боулес - штат Вирджиния**

**УДОСТОВЕРЕНО**

5. в **г.** **Ричмонд, штат Вирджиния** 6. **01 апреля 2021 г.**

7. **Секретарем штата** 8. За № **2956706-1**

9. Печать/штамп:

*[Тисненая печать штата Вирджиния]*

10. Подпись:

*[Факсимильная подпись]*

Данный апостиль подтверждает лишь подлинность подписи и правоспособность лица, которое подписало официальный документ, и, где применимо, подлинность печати или штампа, которым скреплен официальный документ.

Данный апостиль не удостоверяет верность содержания документа, для которого он был выдан.

Данный апостиль недействителен в пределах Соединенных Штатов Америки или их территорий.

*Перевод с английского языка*

**СВИДЕТЕЛЬСТВО О РЕГИСТРАЦИИ АКТА ГРАЖДАНСКОГО СОСТОЯНИЯ**

ПРОВЕРЬТЕ НАЛИЧИЕ ВОДЯНЫХ ЗНАКОВ, ПОСМОТРИТЕ НА ПРОСВЕТ

**\*\*\*\*\*\*\***

**ШТАТ ВИРДЖИНИЯ**

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ - ОТДЕЛ ЗАГС**

**ШТАТ ВИРДЖИНИЯ - СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ**

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ - ОТДЕЛ ЗАГС - Г. РИЧМОНД

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | ДАТА РЕГИСТРАЦИИ ЗАПИСИ:  **Г.** | | | | | | | | | | НОМЕР ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ: | | | | | | | | |
| 1. ПОЛНОЕ ИМЯ УМЕРШЕЙ (имя первое) | | | | | | (среднее имя) | | | | | | | (фамилия) | | | | | | | | | (добавки) | |
| 2. ПОЛ | | 3. ДАТА СМЕРТИ | | | | | | | | | | | 4. ДАТА РОЖДЕНИЯ | | 5.ВОЗРАСТ | | МЕНЕЕ ОДНОГО ГОДА | | | | | МЕНЕЕ ОДНОГО ДНЯ | |
| МУЖСКОЙ  ЖЕНСКИЙ  НЕ УСТАНОВЛЕНО | | **Г.** | | | | ФАКТИЧЕСКАЯ  ПРИБЛИЗИТЕЛЬНАЯ  ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ  ТЕЛО ОБНАРУЖЕНО | | | | | | | **Г.** | |  | | МЕСЯЦЕВ | | | | ДНЕЙ | ЧАСОВ | МИНУТ |
| 6. ПРОХОДИЛА ЛИ УМЕРШАЯ СЛУЖБУ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ США?  ДА  НЕТ  НЕИЗВЕСТНО | | | 7. МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ШТАТ СОЕДИНЕННЫХ ШТАТОВ ИЛИ ИНОСТРАННОЕ ГОСУДАРСТВО) | | | | | | | | | | 8. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ | | ЕСЛИ НЕТНОМЕРА СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, ОТМЕТИТЬ НУЖНЫЙ ПУНКТ  НЕТ  НЕЛЬЗЯ ПОЛУЧИТЬ  НЕИЗВЕСТНО | | | | | | | | |
| 9. НОМЕР ДОМА И УЛИЦА (УКАЖИТЕ НОМЕР ЗДАНИЯ И/ИЛИ НОМЕР КВАРТИРЫ ИЛИ ЗОНУ ДОСТАВКИ ПОЧТЫ В СЕЛЬСКУЮ МЕСТНОСТЬ) | | | | | | | | | | | | | 10. ГОРОД ИЛИ НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА В ЧЕРТЕ ГОРОДА? ДА  НЕТ | | | | | | | | | | |
| 11. ОКРУГ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА УМЕРШЕЙ (если независимый город, не указать) | | | | | | | 12. ШТАТ СОЕДИНЕННЫХ ШТАТОВ (ИЛИ ИНОСТРАННОЕ ГОСУДАРСТВО) МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА УМЕРШЕЙ | | | | | | | | | | | | | 12а. ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС | | | |
| 13. РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ УМЕРШЕЙ (УКАЖИТЕ ОДИН ИЛИ БОЛЕЕ ОДНОГО ВАРИАНТА)  БЕЛАЯ  УРОЖЕНКА АЗИИ ИЛИ ИНДИИ  КОРЕННОЙ ЖИТЕЛЬ ГАВАЙЕВ  ЧЕРНОКОЖАЯ ИЛИ АФРОАМЕРИКАНКА  КИТАЯНКА  КОРЕННОЙ ЖИТЕЛЬ ГУАМА ИЛИ ЧАМОРРО  ФИЛИППИНКА  САМОАНКА ЯПОНКА  КОРЕЯНКА  ВЬЕТНАМКА  НЕИЗВЕСТНО  АМЕРИКАНСКИЙ ИНДЕЕЦ ИЛИ КОРЕННОЙ ЖИТЕЛЬ АЛЯСКИ (УКАЗАТЬ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_  ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ИНОГО НАРОДА ОКЕАНИИ (УКАЗАТЬ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНОГО АЗИАТСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ (УКАЗАТЬ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДРУГОЕ (УКАЗАТЬ): \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. БЫЛ ЛИ УМЕРШАЯ ЛАТИНОАМЕРИКАНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ?  НЕ ЛАТИНОАМЕРИКАНСКОГО/ИСПАНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ  УРОЖЕНКА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ИЛИ ЮЖНОЙ АМЕРИКИ  КУБИНСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ  МЕКСИКАНКА  ПУЭРТОРИКАНКА  ДРУГОЕ (УКАЗАТЬ): \_\_\_\_\_\_\_\_ НЕИЗВЕСТНО | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. ОБРАЗОВАНИЕ (ВЫСШАЯ ЗАКОНЧЕННАЯ СТУПЕНЬ)  НАЧАЛЬНОЕ/СРЕДНЕЕ (0-12) \_\_\_\_\_  ОБЩЕЕ СРЕДНЕЕ  СТЕПЕНЬ СПЕЦИАЛИСТА  СТЕПЕНЬ БАКАЛАВРА  СТЕПЕНЬ МАГИСТРА  КАНДИДАТ НАУК ИЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ СТЕПЕНЬ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА  ВЫСШЕЕ (ЛЕТ) \_\_\_\_\_\_\_  НЕИЗВЕСТНО | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. СТРАНА ГРАЖДАНСТВА | | | | | | 17. ОБЫЧНЫЙ РОД ЗАНЯТИЙ ИЛИ ПОСЛЕДНЯЯ ПРОФЕССИЯ | | | | | | | | | 18. ВИД БИЗНЕСА ИЛИ ОТРАСЛЬ | | | | | | | | |
| 19. СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ  НИКОГДА НЕ СОСТОЯЛА В БРАКЕ СОСТОЯЛА В ЗАРЕГИСТРИРОВАННОМ БРАКЕ  ВДОВА  РАЗВЕДЕНА  СОСТОЯЛА В ЗАРЕГИСТРИРОВАННОМ БРАКЕ, НО ПРОЖИВАЛА РАЗДЕЛЬНО  НЕИЗВЕСТНО: | | | | | | | | | | | | | 20. ЕСЛИ СОСТОЯЛА В ЗАРЕГИСТРИРОВАННОМ БРАКЕ, СОСТОЯЛА В ЗАРЕГИСТРИРОВАННОМ БРАКЕ, НО ПРОЖИВАЛА РАЗДЕЛЬНО, ИЛИ ВДОВА, УКАЗАТЬ ИМЯ СУПРУГА (если разведена, оставить незаполненным): | | | | | | | | | | |
| 21. ПОЛНОЕ ИМЯ ОТЦА ИЛИ РОДИТЕЛЯ УМЕРШЕЙ (имя, среднее имя, фамилия, добавки) (девичья фамилия, если имеется): | | | | | 21а. ПОЛ | | | | | | 22. ПОЛНОЕ ИМЯ МАТЕРИ ИЛИ РОДИТЕЛЯ УМЕРШЕЙ (имя, среднее имя, фамилия, добавки) (девичья фамилия, если имеется): | | | | | | | | 22а. ПОЛ | | | | |
| 23. СТЕПЕНЬ РОДСТВА ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ ИСТОЧНИКА ИНФОРМАЦИИ **ДОЧЬ** | | | | | | | | | | 24. ПОЛНОЕ ИМЯ ЗАЯВИТЕЛЯ ИЛИ НАИМЕНОВАНИЕ ИСТОЧНИКА ИНФОРМАЦИИ **АНАСТАСИЯ КАЗАКОВА** | | | | | | | | | | | | | |
| 25. НАИМЕНОВАНИЕ БОЛЬНИЦЫ ИЛИ УЧРЕЖДЕНИЯ, ГДЕ ПРОИЗОШЛА СМЕРТЬ (если не имеется, указать) | | | | | | | | | | | | 25а. ЕСЛИ СМЕРТЬ НАСТУПИЛА В БОЛЬНИЦЕ, УКАЗАТЬ ОДИН ПУНКТ.  СКОНЧАЛАСЬ ПО ДОРОГЕ В БОЛЬНИЦУ  В ОТДЕЛЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНИЦЫ/АМБУЛАТОРНО  В СТАЦИОНАРЕ | | | | | | | | | | | |
| 26. ЕСЛИ СМЕРТЬ НАСТУПИЛА НЕ В БОЛЬНИЦЕ, УКАЗАТЬ  В ХОСПИСЕ  ДОМ СЕСТРИНСКОГО УХОДА  СТАЦИОНАР ДЛИТЕЛЬНОГО ПРЕБЫВАНИЯ  МЕСТО ПРОЖИВАНИЯ УМЕРШЕЙ  ИСПРАВИТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  ДРУГОЕ (УКАЗАТЬ): \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27. ГОРОД ИЛИ НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ, ГДЕ ПРОИЗОШЛА СМЕРТЬ | | | | | | 28. НОМЕР ДОМА И УЛИЦА ИЛИ ЗОНА ДОСТАВКИ ПОЧТЫ В СЕЛЬСКУЮ МЕСТНОСТЬ, ГДЕ ПРОИЗОШЛА СМЕРТЬ: | | | | | | | | | 28а. ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: | | | 28b. ОКРУГ, ГДЕ ПРОИЗОШЛА СМЕРТЬ (если независимый город, не указать): | | | | | |
| 29. МЕТОД ЗАХОРОНЕНИЯ:  ПОГРЕБЕНИЕ  ЗАХОРОНЕНИЕ В СКЛЕПЕ/ГРОБНИЦЕ  КРЕМАЦИЯ  КРЕМАЦИЯ/ЗАХОРОНЕНИЕ  КРЕМАЦИЯ С ЗАХОРОНЕНИЕМ В СКЛЕПЕ/ГРОБНИЦЕ  ЗАХОРОНЕНИЕ В МОРЕ  ПЕРЕДАЧА В УЧРЕЖДЕНИЕ  ДРУГОЕ (УКАЗАТЬ): \_\_\_\_\_\_  ВЫВОЗ ИЗ ШТАТА (**ЕСЛИ ИЗВЕСТНО, ПОЖАЛУЙСТА, УКАЖИТЕ МЕТОД ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ЗАХОРОНЕНИЯ В СЛУЧАЕ ВЫВОЗА ТЕЛА ИЗ ШТАТА, ВЫБРАВ ВЫШЕУКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ**) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30. МЕСТО ЗАХОРОНЕНИЯ - НАИМЕНОВАНИЕ КЛАДБИЩА ИЛИ КРЕМАТОРИЯ: **ДИРЕКТ КРИМЕЙШН СЕРВИСИС ОВ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31. МЕСТО ЗАХОРОНЕНИЯ - АДРЕС КЛАДБИЩА ИЛИ КРЕМАТОРИЯ: | | | | | 31а. ГОРОД/ОКРУГ: | | | | | | | | 31b. ШТАТ: | | 31с. ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: | | | | 31d. СТРАНА: | | | | |
| 32. ПОДПИСЬ ДИРЕКТОРА ПОХОРОННОГО БЮРО/ЛИЦЕНЗИРОВАННОГО АГЕНТА, ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПРОГРАММЫ АНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ШТАТА ВИРДЖИНИЯ ИЛИ БЛИЖАЙШЕГО РОДСТВЕННИКА: **/S/** | | | | | | | | | | | | | 32а. НОМЕР ЛИЦЕНЗИИ: | | 32b. НАИМЕНОВАНИЕ ПОХОРОННОГО БЮРО ИЛИ УЧРЕЖДЕНИЯ: | | | | | | | | |
| 33. ИМЯ ДИРЕКТОРА ПОХОРОННОГО БЮРО/ЛИЦЕНЗИРОВАННОГО АГЕНТА, ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПРОГРАММЫ АНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ШТАТА ВИРДЖИНИЯ ИЛИ БЛИЖАЙШЕГО РОДСТВЕННИКА: **АБИГЕЙЛ М** | | | | | | | | | | | | | 33а. АДРЕС ДИРЕКТОРА ПОХОРОННОГО БЮРО/ЛИЦЕНЗИРОВАННОГО АГЕНТА, ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПРОГРАММЫ АНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ШТАТА ВИРДЖИНИЯ ИЛИ БЛИЖАЙШЕГО РОДСТВЕННИКА (указать улицу и номер дома, город, штат и почтовый индекс): | | | | | | | | | | |
| 34. ВРЕМЯ СМЕРТИ: Насколько мне известно, смерть наступила в  ДО ПОЛУДНЯ  ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ | | | | | | | | | | | | | ФАКТИЧЕСКОЕ ВРЕМЯ  ПРИБЛИЗИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ ВРЕМЯ  ТЕЛО ОБНАРУЖЕНО | | | | | | | | | | |
| 35. **ЧАСТЬ I.** Укажите болезни, травмы или осложнения, которые стали непосредственной причиной смерти. Не указывайте механизм наступления смерти, например остановка сердца или дыхания, шок или сердечная недостаточность. | | | | | | | | | | | | | | | | ПРИБЛИЗИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД ВРЕМЕНИ МЕЖДУ НАЧАЛОМ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И СМЕРТЬЮ: | | | | | | | |
| **НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ПРИЧИНА** (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти):  Укажите патологические состояния, если имеются, которые привели к непосредственной причине, в порядке их следования.  Укажите **ПЕРВОНАЧАЛЬНУЮ ПРИЧИНУ СМЕРТИ** (болезнь или травма, вызвавшие последовательность событий, приведших к смерти) **ПОСЛЕДНЕЙ.** | | | | **(A)**  ВЫЗВАННЫЙ (ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ):  **(B)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ВЫЗВАННЫЙ (ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ):  **(C) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ВЫЗВАННАЯ (ИЛИ ВСЛЕДСТВИЕ):  **(D) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **ЧАСТЬ II.** Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с непосредственной причиной, указанной в Части I: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36. ИЗВЕЩЕН ЛИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЙ ЭКСПЕРТ?  ДА  НЕТ | | | | 36а. ВСКРЫТИЕ?  ДА  НЕТ | | | | | 36b. БЫЛИ ЛИ РЕЗУЛЬТАТЫ ВСКРЫТИЯ ДОСТУПНЫ ДЛЯ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ?  ДА  НЕТ | | | | | | 37. СПОСОБСТВОВАЛО ЛИ ПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА НАСТУПЛЕНИЮ СМЕРТИ?  ДА  НЕТ  ВЕРОЯТНО НЕИЗВЕСТНО | | | | | | | | |
| 38. В СЛУЧАЕ СМЕРТИ ЖЕНЩИНЫ:  НАЛИЧИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА МОМЕНТ СМЕРТИ  НАЛИЧИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД НЕИЗВЕСТНО  НЕ БЕРЕМЕННА, НО В ТЕЧЕНИЕ 42 ДНЕЙ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ  НАЛИЧИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД НЕТ НЕ БЕРЕМЕННА, НО В ТЕЧЕНИЕ 43 ДНЕЙ -1 ГОДА ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ  НЕПРИМЕНИМО (ЕСЛИ ВОЗРАСТ УМЕРШЕЙ 0-5 ЛЕТ ИЛИ БОЛЕЕ 75 ЛЕТ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39. ЕСЛИ ЭКЗОГЕННАЯ ПРИЧИНА, УКАЖИТЕ В КАКОЙ СТЕПЕНИ ОНА СПОСОБСТВОВАЛА НАСТУПЛЕНИЮ СМЕРТИ?  ПЕРВОПРИЧИНА  СПОСОБСТВУЮЩАЯ ПРИЧИНА | | | | | | | | | | 40. СМЕРТЬ НА ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ?  ДА  НЕТ | | | | 40а. ЕСЛИ СМЕРТЬ НА ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ, УКАЖИТЕ РОД СМЕРТИ  ЕСТЕСТВЕННАЯ НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ  САМОУБИЙСТВО НАСИЛЬСТВЕННАЯ  НЕЛЬЗЯ ОПРЕДЕЛИТЬ  ВЕДЕТСЯ СЛЕДСТВИЕ | | | | | | | | | |
| ПУНКТЫ 41 - 47 СЛЕДУЕТ ЗАПОЛНИТЬ ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ СМЕРТИ НА ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 41. ДАТА ТРАВМЫ: | 42. ВРЕМЯ ТРАВМЫ:\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | 43. ТРАВМА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ:  ДА  НЕТ  НЕИЗВЕСТНО | | | | | | | | | 44. МЕСТО, ГДЕ БЫЛА ПОЛУЧЕНА ТРАВМА (на дому, ферме, заводе, улице, в офисе, в здании и т. д.): | | | | | | | | |
| 45. АДРЕС ОБЪЕКТА, ГДЕ БЫЛА ПОЛУЧЕНА ТРАВМА (укажите номер здания и/или номер квартиры или зону доставки почты в сельскую местность): | | | | | | | | 45а. ГОРОД/ОКРУГ: | | | | | 45b. ШТАТ: | | 45с. ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: | | | | 45d. СТРАНА: | | | | |
| 46. ЕСЛИ ТРАВМА ПОЛУЧЕНА НА ТРАНСПОРТЕ, УКАЗАТЬ КАТЕГОРИЮ УЧАСТНИКА ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ:  водитель/машинист  пассажир пешеход  другое (указать): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 47. ОПИШИТЕ, КАК БЫЛА ПОЛУЧЕНА ТРАВМА, КОТОРАЯ СПОСОБСТВОВАЛА НАСТУПЛЕНИЮ СМЕРТИ: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48. ПОДПИСЬ ЛИЦА, УСТАНОВИВШЕГО ПРИЧИНУ СМЕРТИ: **/S/** | | | | | | 48а. ДОЛЖНОСТЬ:  ВРАЧ  ПОМОЩНИК ВРАЧА  ВРАЧ-ОСТЕОПАТ  ПРАКТИКУЮЩАЯ МЕДСЕСТРА  ДРУГОЕ (УКАЗАТЬ): \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | 48b. ДАТА ПОДПИСАНИЯ:  **Г.** | | | | | | |
| 49. ИМЯ ЛИЦА, ОФОРМИВШЕГО МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ: | | | | | 49а. АДРЕС ЛИЦА, ОФОРМИВШЕГО МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ: | | | | | | | | | | | | | 49b. НОМЕР МЕДИЦИНСКОЙ ЛИЦЕНЗИИ: | | | | | |
| 50. ЯВЛЯЕТЕСЬ ЛИ ВЫ УПОЛНОМОЧЕННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ:  ДА  НЕТ | | | | | | 51. ЕСЛИ ДА, ПОЖАЛУЙСТА, УКАЖИТЕ ИМЯ УТВЕРЖДАЮЩЕГО ИЛИ ОТСУТСТВУЮЩЕГО ВРАЧА: | | | | | | | | | 51а. АДРЕС УТВЕРЖДАЮЩЕГО ИЛИ ОТСУТСТВУЮЩЕГО ВРАЧА: | | | | | | | | |

[*Штамп:* **Г.**

[*Подпись*]

**ЗАМЕСТИТЕЛЬ РЕГИСТРАТОРА ШТАТА**]

Настоящим подтверждается, что данный документ является верной и точной копией или извлечением из официальной записи, хранящейся в Департаменте здравоохранения штата Вирджиния, г. Ричмонд, штат Вирджиния.

ДАТА ВЫДАЧИ: **Г.**

[*Факсимильная подпись*]

Джанет М. Раини, регистратор штата

Принимать только на бланке с печатью отдела ЗАГС Департамента здравоохранения штата Вирджиния в левом нижнем углу.

Раздел 32.1-272 Свода законов штата Вирджиния с поправками.

VS 15С

[*Печать Отдела ЗАГС Департамента*

*здравоохранения штата Вирджиния*]

[*На полях слева и справа:* НИЧТОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ ИСПРАВЛЕНИЙ ИЛИ ПОДЧИСТОК]

НИЧТОЖНО БЕЗ ВОДЯНЫХ ЗНАКОВ ИЛИ ПРИ НАЛИЧИИ ИСПРАВЛЕНИЙ ИЛИ ПОДЧИСТОК