

(نموذج ٣٢)

جمهورية مصر العربية
وزارة الصحة والسكان / وزارة الداخلية
قطاع مصلحة الأحوال المدنية

عدد المرفقات _____

تبليغ عن وفاة

السيد / طبيب _____ أو السيد عمدة / _____
بناء على أحكام القانون رقم ٢٦٠ لسنة ١٩٦٠ المعدل بالقانون رقم ١١ لسنة ١٩٦٥ والقانون رقم ١٥٨ لسنة ١٩٨٠ في شأن التبليغ
عن الوفيات (أبلغكم بالوفاة التالية) :
1- بيانات المتوفي

مكان	جهة الوفاة	الجنسية	المهنة	الديانة	اسم الأم بالكامل	النوع (ذكر أو أنثى)	الاسم الكامل		
							الجد أو اللقب	إسم الأب	الاسم

عنوان محل الإقامة بالتفصيل	الحالة العائلية (الزوجية)	سن المتوفي	تاريخ ومحل الميلاد		تاريخ لالوفاة كتابة						
			محل الميلاد	تاريخ الميلاد	السنة	الشهر	تاريخ اليوم	اليوم	الساعة	الدقيقة	

ملاحظات	محل القيد بالسجل المدني			البطاقة عائلية شخصية			الجهة الإدارية التي يتبعها محل الإقامة الثابت			
	مكتب السجل المدني	جهة القيد		التاريخ	جهة صدرها	الرقم	المحافظة	المدينة	القسم أو المركز	القرية
		الرقم	الحي أو الشياخة							

2- بيانات المبلغ

علاقته بالمتوفي	عنوان محل الإقامة بالتفصيل	البطاقة عائلية شخصية			الاسم الكامل			
		التاريخ	جهة صدرها	الرقم	الجد أو اللقب	أسم الأب	الاسم	

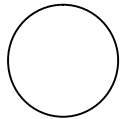
توقيع المبلغ _____

أقر على مسئوليتي بأن جميع بيانات هذا التبليغ صحيحة
تحريرا في _____ سنة ٢٠٠

المدة بين حدوث السبب والوفاة	3- شهادة الوفاة الطبية
	1- السبب المباشر للوفاة أحوال مرضية إن وجدت نشأ عنها السبب المباشر للوفاة
	2- أحوال مرضية أخرى (إن وجدت) ساعدت على الوفاة ولا صلة لها بالمرض الأصلي

اسم الطبيب _____ التوقيع _____ التاريخ / /

ورد التبليغ مستوفيا وقيد بسجل واقعات الوفاة بمكتب صحة _____ تحت رقم _____ بتاريخ _____
توقيع كاتب الصحة أو العمدة
اعتماد الطبيب _____



تم قيد الواقعة بسجل واقعات الوفاة بمكتب سجل مدني _____ بتاريخ / / ٢٠٠ _____ وتحت رقم _____
اسم الموظف المختص _____ اسم أمين السجل _____
توقيعه _____