

Egészségi állapota miatt tartósan ágyhoz kötött, mozgásában korlátozott vagy mozgásképtelen állampolgárok személyazonosító igazolványának kiállításához kérelem felvétel

| | |
|---|------------------------|
| Kérelmező neve: | |
| Kérelmező születési neve: | |
| Születési helye: | |
| Születési ideje: | |
| Anyja neve: | |
| Érvényes a személyi igazolványa? | igen nem |
| Rendelkezik más érvényes okmánnal | igen nem |
| Rendelkezik születési/házassági anyakönyvi kivonattal | igen nem |
| Igazolvány elkészítéséhez időpont egyeztetés telefonszáma: | |
| Igazolvány készítésének helye: | |