

પરિશિષ્ટ- ૧

Medical Certification Cause of Death (MCCD)ની નકલ મેળવવા માટેનું અરજી ફોર્મ.

- (૧) અરજદારનું નામ _____ પિતાનું/પતિનું નામ _____
અટક _____
- (૨) પુરૂષ સ્ત્રી અન્ય
- (૩) ઉંમર _____ (૪) ધંધો _____
- (૫) અરજદારનું પુરૂ સરનામું. _____

_____ પીન

ઇ-મેઇલ: _____

મોબાઇલ: _____

- (૬) જે મૃતકના MCCD ફોર્મની નકલ મેળવવી છે - તે મૃતકની વિગત

૬(i) મરનારનું પુરૂ નામ: _____

૬(ii) મરણ તારીખ: _____

૬(iii) મરણ સ્થળ: _____

ગામ/શહેર _____, તા. _____ જી. _____

- ૬(iv) જે હોસ્પિટલમાં મૃત્યુ થયું હોય તો તેની વિગત

હોસ્પિટલનું નામ: _____

હોસ્પિટલનું સરનામું: _____

ગામ/શહેર _____, તા. _____ જી. _____

- ૬(v) મરણ નોંધણી ક્રમાંક _____ ૬(vi) મરણ નોંધણી તારીખ _____

(મરણના પ્રમાણપત્ર મુજબ)

- ૬(vii) અરજદારનો મૃતક સાથેનો સંબંધ _____

અરજદારની સહી અથવા અંગુઠાનું નિશાન

સૂચનાઓ-

- (૧) આ ફોર્મ ભરીને સંપૂર્ણ વિગતો ભરીને, મરણનો બનાવ જે વિસ્તારમાં બનેલો હોય, ત્યાંના જન્મ-મરણ નોંધણી રજીસ્ટ્રારશ્રીને રજૂ કરવાનું રહેશે.
- (૨) ફોર્મ પૂરેપૂરી વિગતો ભરવું. જેથી MCCD ફોર્મની નકલ ઝડપથી શોધીને આપી શકાય.
- (૩) જરૂર જણાય તો મરણનો દાખલાની નકલ પણ જોડવી.