



வெள்ளகோவில் நகராட்சி

இறப்பு அறிக்கை

சட்டம் சார்ந்த தகவல்கள்
இந்தப்பகுதி இறப்புப் பதிவேடாக பராமரிக்கப்பட வேண்டும்.



தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை :

- இறந்த தேதி :
(சரியான இறந்த தேதி, மாதம் மற்றும் ஆண்டை குறிக்க வேண்டும்)
- இறந்தவரின் பெயர் :
(வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)
ஆதார் எண் இருப்பின் :
- இறந்தவரின் பாலினம் :
(ஆண் அல்லது பெண் என்று முழுமையாக எழுதவும்)
- இறந்தவரின் தாயின் பெயர் :
(வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)
ஆதார் எண் இருப்பின் :
- இறந்தவரின் தகப்பனார் பெயர் :
(வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)
ஆதார் எண் இருப்பின் :
5. (a) இறந்தவரின் கணவர் / மனைவி பெயர் :
(வழக்கமாக எழுதப்படும் முழுப்பெயர்)
ஆதார் எண் இருப்பின் :
- இறந்தவரின் வயது : (முடிவடைந்த ஆண்டுகளில்) :
(ஒரு வயதுக்குட்பட்ட குழந்தையாக இருந்தால் மாதம், நாட்கள் அல்லது மணிகளில் குறிக்கவும்)
- இறப்பின் போது இறந்தவரின் முகவரி :
- இறந்தவரின் நிரந்தர இருப்பிடம் :
- இறந்த இடம் :
1. மருத்துவமனை / நிலையம் பெயர் :
2. வீடு முகவரி :
3. மற்ற இடம் :
- தகவல் தெரிவிப்பவரின் பெயர் :
மற்றும் முகவரி :

தேதி :

*தகவல் தெரிவிப்பரது கையொப்பம் (அ)
இடது கை பெருவிரல் ரேகையின் முத்திரை

பதிவாளரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை

பதிவு எண்		பதிவு செய்த தேதி	
பதிவு பகுதி இடம் / பகுதி		மாவட்டம் :	தீருப்பூர்
நகரம்	வெள்ளகோவில்		
பிற குறிப்பு			

பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம்
வெள்ளகோவில் நகராட்சி

வெள்ளகோவில் நகராட்சி

(இறப்பு அறிக்கை)



புள்ளி விவரத் தகவல்கள்
இந்தப் பகுதியை பிரித்து புள்ளி விவரத் தொகுப்பிற்கு அனுப்பப்பட வேண்டும்.



தகவல் கொடுப்பவரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை :

- இந்தவரின் நிலையான இருப்பிடம் :
(நிரந்தரமாக குடியிருக்கும் இடம்)
அ. மாநிலத்தின் பெயர் :
ஆ. மாவட்டத்தின் பெயர் :
இ. நகரம் / அல்லது கிராமமா :
(சரியான விவரத்தை டிக் / குறியிடவும்)
1. நகரம் 2. கிராமம்
- மதம் :
(சரியான விவரத்தை டிக் / குறியிடவும்)
1. இந்து 2. இஸ்லாம் 3. கிறிஸ்துவர்
- இறந்தவரின் தொழில் :
(இல்லையெனில் இல்லை என்று எழுதவும்)
- இறப்பதற்கு முன் மருத்துவ கவனிப்பின் தன்மை :
(சரியான விவரத்தை டிக் / குறியிடவும்)
1. மருத்துவ நிலையம் :
2. மருத்துவ நிலையம் அல்லாத மருத்துவ கவனிப்பு :
3. மருத்துவ கவனிப்பு ஏதுமில்லை :
- இறப்பின் காரணத்திற்கு மருத்துவசான்று அளிக்கப்பட்டுள்ளதா? (சரியான விவரத்தை டிக் / குறியிடவும்)
1. ஆம் 2. இல்லை
- நோயின் பெயர் அல்லது இறப்பின் காரணம் :
(மருத்துவ சான்று கொடுத்திருந்தாலும் இல்லையென்றாலும்)
- இறந்தவர் பெண் என்றால், இறப்பு மகப்பேறு சம்பந்தப்பட்டதா? (சரியானதை டிக் / குறியிடவும்)
1. ஆம் 2. இல்லை
- இறந்தவர் புகை பிடிக்கும் பழக்கம் உள்ளவரா? ஆண்டுகள்
(அப்படியெனில் எத்தனை ஆண்டுகள் புகை பிடித்தார்?)
- இறந்தவர் புகையிலை வழக்கமாக உபயோகப்படுத்துபவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம் ஆண்டுகள்
- இறந்தவர் பான்மசாலா போன்றவற்றை பழக்கமாக உபயோகப்படுத்துபவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம்? ஆண்டுகள்
- இறந்தவர் குடிப்பழக்கம் உள்ளவராயின் எத்தனை ஆண்டுகளாகப் பழக்கம்? ஆண்டுகள்
- குறிப்பு

* தகவல் தெரிவிப்பரது கையொப்பம் (அ)
இடது கை பெருவிரல் ரேகையின் முத்திரை

பதிவாளரால் நிரப்பப்பட வேண்டியவை

	பெயர்	குறியீட்டு எண்
மாவட்டம்	தீருப்பூர்	
வட்டம்	காங்கயம்	
நகரம்	வெள்ளகோவில்	
பதிவு செய்த இடம் / பகுதி		

பதிவு எண் : பதிவு செய்த தேதி :

பாலினம் 1. ஆண் 2. பெண்
இறந்த தேதி : வயது :
(ஆண்டுகள் / மாதம் / நாட்கள் / மணிக்குளிகள்)
இறந்த இடம் : 1. மருத்துவமனை / நிலையம் :
2. வீடு 3. மற்ற இடம்

பதிவாளரின் பெயர் மற்றும் கையொப்பம்
வெள்ளகோவில் நகராட்சி