

**Søknad om innhenting av dokumentasjon fra folkeregisteret**  
(fødselsattest, sammendrag av opplysninger i folkeregisteret, dødsattest)  
**Application for Document from the Population Registry**  
(birth certificate, registration abstract, death certificate)

| <b>Applicant's details</b>   |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  | <b>Informasjon om søker</b>   |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
|--|--|--|--|---|---------------------------|--|--|-------------------------------------|--|---|----------------|------------|---|----------------|----------------------------|--|--|--|--|-----------------------------------|--|--|--|--|
| Personnummer<br>Identity number  |  |  |  |   | Etternavn<br>Last name    |  |  |                                     |  | Fornavn<br>First name   |                |            |   |                | Fars navn<br>Father's name |  |  |  |  | Telefonnummer<br>Telephone number |  |  |  |  |
| <b>Please check the appropriate box</b>  |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  | <b>Vennligst merk av for riktig alternativ</b>  |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Fødselsattest</b><br><input type="checkbox"/> <b>Birth certificate</b>   |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  | Navn på sykehuset der fødselen fant sted _____<br>Sted _____  |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| Name of hospital in which the birth took place _____<br>City _____<br>If you are not an immediate family member of the person for whom the service is requested, you must attach a letter with your reasons for the application, or a power of attorney. |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  | Dersom du ikke er et nært familiemedlem av vedkommende tjenesten er begjært for, må du legge ved et brev som opplyser om grunnlaget for søknaden eller en fullmaktserklæring.   |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Sammendrag fra folkeregisteret</b><br><input type="checkbox"/> <b>Abstract from the Population Registry</b>  |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  | Behøves for følgende formål: _____  |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| Required for the purpose of _____  |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  | Dersom søknaden sendes for et nært familiemedlem, må en fullmaktserklæring samt familiemedlemmets identitetskort legges ved.<br>Dersom søknaden sendes for et annet familiemedlem, eller for andre personer, må en fullmaktserklæring fra en fullmektig eller en rettslig kjennelse legges ved. |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Dødsattest</b><br><input type="checkbox"/> <b>Death certificate</b>  |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  | Dødsdato: _____<br>Dødssted: _____  |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| Date of death: _____<br>Place of death: _____<br>Name of hospital _____ City _____   |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  | Navn på sykehus _____ Sted _____  |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Showing the cause of death <input type="checkbox"/> Not showing the cause of death  |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  | <input type="checkbox"/> Viser dødsårsak <input type="checkbox"/> Viser ikke dødsårsak  |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| <b>Details of the person for whom the application is submitted</b>   |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  | <b>Opplysninger om vedkommende søknaden angår</b>   |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| Personnummer<br>Identity number  |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  |   |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| Etternavn<br>Last name   |  | Fornavn<br>First name  |  | Fars navn<br>Father's name  |                           | Farfars navn (for minoriteter)<br>Grandfather's name (for minorities)                    |  | Mors navn<br>Mother's name          |  | Fødselsdato, hebraisk<br>Hebrew date of birth   |                |            | Fødselsdato, gregoriansk<br>Gregorian date of birth |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  | Dag<br>Day  | Måned<br>Month | Ar<br>Year | Dag<br>Day  | Måned<br>Month | Ar<br>Year                 |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| Fødeland<br>Country of birth   |  | Kjønn<br>Sex   |  | Sivilstand<br>Personal status   |                           | Nasjonalitet<br>Nationality  |  | Tidl. etternavn<br>Former last name |  | Tidl. fornavn<br>Former first name  |                |            | Pikenavn<br>Maiden name                             |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
|  |  | <input type="checkbox"/> Mann<br>Male<br><input type="checkbox"/> Kvinne<br>Female |  | <input type="checkbox"/> Enslig<br>Single<br><input type="checkbox"/> Skilt<br>Divorced |                           | <input type="checkbox"/> Gift<br>Married<br><input type="checkbox"/> Enke/m.<br>Widow/er |  |                                     |  |   |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| <b>Adresse</b><br><b>Address</b>   |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  | <b>Telefonnummer</b><br><b>Telephone number</b>   |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| Poststed<br>City   |  | Gate<br>Street   |  | Husnummer<br>Building number  |                           | Leilighetsnummer<br>Apartment number   |  | Postnummer<br>ZIP code              |  |   |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| Begjærte opplysninger – spesifiser: _____<br>Requested details – specify: _____  |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  |   |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| Postadresse for dokumentet _____<br>Mailing address for the document _____<br>Poststed City _____ Gate Street _____ Husnummer Building number _____ Postnummer ZIP code _____ Telefonnummer Telephone number _____                                       |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  |   |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| Sted: _____<br>Place _____   |  |  |  |   | Dato: _____<br>Date _____ |  |  |                                     |  | Søkers underskrift: _____<br>Applicant's signature _____  |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| <b>Kun for intern bruk</b><br><b>For office use only</b>   |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  |   |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |
| Regionalt kontor i _____ Dato _____<br>Navn på søknadmottaker _____ Kontrollørens navn _____<br>Regional office in _____ Date _____<br>Name of the person taking the application _____ Name of inspector _____   |  |  |  |   |                           |  |  |                                     |  |   |                |            |   |                |                            |  |  |  |  |                                   |  |  |  |  |