



मृत्यू अहवाल नमुना क्र.२
(नियम क्रमांक ५ पहावे) कायदेशीर माहिती
सोलापूर महानगरपालिका
हा भाग नोंदवही म्हणून जतन करावा.



No.

बुक नं.

माहिती देणाऱ्याने खालील रकाने भरावेत.

- १) मृत्यूचा दिनांक / / २०
(मृत्यूचा अचूक दिवस, महिना व वर्ष भरावे उदा. १/१/२०००)
- २) अ) मृताचे संपूर्ण नांव
ब) मृताच्या पती / पत्नी नांव व कायमचा पत्ता
- आधार कार्ड नं.
- अर्जदाराचा Email.id-
- क) मृताच्या आईचे नांव
ड) मृताच्या वडिलांचे नांव
- ३) मृत व्यक्तीचे लिंग (पुरुष अथवा स्त्री) लिहावे
- ४) मृत व्यक्तीचे वय
(जर मृत व्यक्तीचे १ वर्षापेक्षा जास्त वयाची असेल तर पूर्ण वर्षात लिहावे जर वय १ वर्षापेक्षा कमी असेल तर महिन्यामध्ये वय लिहावे)
जर वय १ महिन्यापेक्षा कमी असेल तर वय दिवसात लिहावे व एका दिवसापेक्षा कमी असेल तर वय तासात लिहावे)
- ५) मृत्यूचे ठिकाण

(नमूद केलेल्या अ, ब किंवा)

क पैकी एकामध्ये संपूर्ण माहिती भरण्यात यावी.) उदा हॉस्पिटल/घर/इतर ठिकाणी जेथे मृत्यू झाला असेल ते ठिकाण

अ. रुग्णालय / संस्था

नांव व पत्ता

ब. घर (घराचा टपालाचा पत्ता)

क. इतर ठिकाणी

६) माहिती देणाऱ्याचे नांव व पत्ता

दिनांक / / २०

माहिती देणाऱ्याची सही / अंगठा

निबंधकाने भरावयाची माहिती

नोंदणी क्रमांक नोंदणी दिनांक

नोंदणी संस्थेचे नांव

गाव / शहर-सोलापूर- ३० जिल्हा- सोलापूर - ३०

शेरा

टीप:- योग्य त्या ठिकाणी ✓ खूप करावी. २०२४ नागरीक प्रत

निबंधकाचे नांव सही व शिक्का



मृत्यू अहवाल
नमुना क्र. २ सांख्यिकी माहिती
सोलापूर महानगरपालिका



No.

बुक नं.

E-

या भागाची माहिती पुढील संकलनासाठी पं.स./न.पा./म.न.पा./क.बोर्डकडे पाठविण्यात यावी.

माहिती देणाऱ्याने खालील रकाने भरावेत.

७) मृत व्यक्तीचे नेहमीचे राहण्याचे ठिकाण
(हे ठिकाण मृत्यूचे ठिकाणापेक्षा वेगळे असू शकेल)

अ) गावाचे / शहराचे नांव

ब) गाव आहे का शहर आहे १) गांव २) शहर

क) तालुक्याचे नांव

ड) जिल्ह्याचे नांव

इ) राज्याचे नांव

८) कुटुंबाचा धर्म -

१) हिंदू २) मुस्लीम ३) ख्रिश्चन

४) इतर धर्म

(धर्माचे नांव लिहावे)

९) मृत व्यक्तीचा व्यवसाय / नोकरी

(जर नसेल तर निरंक लिहावे)

१०) मृत्यूपूर्वी घेतलेल्या वैद्यकीय सेवेचा प्रकार

१) वैद्यकीय संस्था

२) या व्यक्तीरिक्त इतर वैद्यकीय सेवा

३) वैद्यकीय सेवा मिळाली नाही.

११) मृत्यूचे कारण वैद्यकीय दृष्ट्या प्रमाणित आहे का? अ) आहे ब) नाही
१२) रोगाचे नांव किंवा मृत्यूचे नेमके कारण

(वैद्यकीयदृष्ट्या प्रमाणित आहे किंवा नाही याच्याशी संबंधित नाही)

१३) मृत व्यक्ती स्त्री असेल व मृत्यू गरोदरपणी प्रसूतीच्या वेळी किंवा प्रसूतीनंतर ६ आठवड्यात झाला तरच या रकान्यात माहिती भरावी.

१४) सिगारेट, विडी किंवा तसच पदार्थाचे व्यसन होते का? असल्यास किती वर्षे

१५) तंबाकू खाण्याचे व्यसन होते का? असल्यास किती वर्षे

१६) सुपारी किंवा पान मसाला खाण्याचे व्यसन होते का? असल्यास किती वर्षे

१७) दारु किंवा तसम उतेजक पदार्थाचे व्यसन होते का? असल्यास किती वर्षे

(नमूद रकाने पूर्ण भरून झाल्यावर डावीकडील स्तंभात माहिती देणाऱ्याने सही करावी.)

निबंधकाने भरावयाची माहिती

ठिकाण	नाव	कोड नं. (जनगणना)
जिल्हा	सोलापूर	३०
तालुका	उ.सोलापूर	०४
गाव / शहर	सो.म.पा.	०७ ॥
नोंदणी संस्था	सो.म.पा.	

नोंदणी क्रमांक - नोंदणी दि.

मृत्यूचे दिनांक / / २०

लिंग- १.पुरुष २.स्त्री

मृत्यूचे ठिकाण- अ. हॉस्पिटल ब.घर क.इतर

निबंधकाचे नांव सही व शिक्का

टीप:- योग्य त्या ठिकाणी ✓ खूप करावी. २०२४

नागरीक प्रत