



INFORMATION OM DEN SOM GER SITT SAMTYCKE

Efternamn
Förnamn
Personbeteckning

Jag ger mitt samtycke till att vårt registrerade partnerskap omvandlas till äktenskap, då den andra partens könstillhörighet fastställs till det motsatta könet.

Ja

Nej

Plats och datum	Underskrift
-----------------	-------------

Lagrum: Lag om fastställande av transsexuella personers könstillhörighet (563/2002, ändring 252/2016) 1 § 2 mom.

DVV05.04.14B_SV 06/2020