

Bitte Ausfüllanleitung beachten! Bei mehr als 4 abzumeldenden Personen bitte weiteren Meldeschein verwenden!		Die nachstehenden Daten werden aufgrund von Art. 13, 16 und 18 des Bayer.Meldegesetzes erhoben.		Tagesstempel der Meldebehörde		
ABMELDUNG bei der Meldebehörde Schraffierte Felder bitte nicht ausfüllen!						
Gemeindeschlüssel		Auszugsdatum		Gemeindeschlüssel		
Bisherige Wohnung (Straße/Platz, Hausnummer, Stockwerk)			Künftige Wohnung (Straße/Platz, Hausnummer, Stockwerk)			
(PLZ, Ort, Gemeinde)			(PLZ, Ort, Gemeinde, Lkr.; falls Ausland: auch Staat angeben)			
Die bisherige Wohnung war zuletzt		<input type="checkbox"/>	Haupt- wohnung	<input type="checkbox"/>	Neben- wohnung	
Die künftige Wohnung wird		<input type="checkbox"/>	Haupt- wohnung	<input type="checkbox"/>	Neben- wohnung	
1.	Weitere Wohnung (Straße/Platz, Hausnummer)			Diese Wohnung ist		
	(PLZ, Ort, Gemeinde, Lkr.)			<input type="checkbox"/>	Haupt- wohnung	<input type="checkbox"/>
2.	Weitere Wohnung (Straße/Platz, Hausnummer)			Diese Wohnung ist		
	(PLZ, Ort, Gemeinde, Lkr.)			<input type="checkbox"/>	Haupt- wohnung	<input type="checkbox"/>
Für Personen, die weitere oder andere Wohnungen benutzen, sowie für Personen mit unterschiedlichen Haupt- und Nebenwohnungen, ist ein eigener Abmeldeschein auszufüllen!						
Lfd.Nr.	Familienname (Ehename)		Frühere Namen (z.B. Geburtsname)			
1						
2						
3						
4						
Lfd.Nr.	Vorname(n) (Rufnamen unterstreichen)		Doktorgrad	Familienstand	Geschlecht	Religion
1					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	
2					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	
3					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	
4					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	
Lfd.Nr.	Geburtsdatum	Geburtsort (Gemeinde, Lkr.; falls Ausland: auch Staat angeben)		Erwerbstätig	Staatsangehörigkeit(en)	
1				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
2				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
3				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
4				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Gesetzliche Vertreter (Vor- und Familiennamen, Doktorgrad, Geburtsdatum, Anschrift)						
Ort, Datum				Unterschrift eines Meldepflichtigen		