

Kielce, dnia.....

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(stopień pokrewieństwa)

O Ś W I A D C Z E N I E
podmiotu uprawnionego do pochowania zwłok / szczątków*

Niniejszym oświadczam, że zgon
(nazwisko i imię / imiona osoby zmarłej)

nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej wymienionej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz. U. z 2001 r., Nr 152, poz. 1742).

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić