

STAROSTWO POWIATOWE W POLICACH

....., dnia

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy
lub pełna nazwa podmiotu uprawnionego
przez wnioskodawcę do sprowadzenia
zwłok/szczątków ludzkich

.....

.....
adres wnioskodawcy lub podmiotu
uprawnionego przez wnioskodawcę

.....
stopień pokrewieństwa ze zmarłym

OŚWIADCZENIE

**podmiotu uprawnionego do pochowania zwłok/szczątków ludzkich (popiołów
powstałych w wyniku spopielenia zwłok/pozostałości zwłok, wydobytych przy kopaniu
grobu lub w innych okolicznościach/części ciała ludzkiego, odłączone od całości)***

Oświadczam, że zgon zmarłego/ej

(imię lub imiona, nazwisko osoby zmarłej)

.....
(dzień, miesiąc, rok zgonu)

nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej¹ 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. Nr. 152, poz. 1742).

.....
podpis składającego oświadczenie

* niepotrzebne skreślić

¹ wykaz chorób zakaźnych: cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosaczna, trąd, węglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne