

Piła, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

O Ś W I A D C Z E N I E

Zgodnie z przepisami § 3 ust. 3 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich (Dz.U. z 2007 r. Nr 249 poz. 1866) jako osoba upoważniona do pochowania zwłok ludzkich w rozumieniu przepisów art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1473 z późn.zm.) **oświadczam, że zgon :**

imię osoby zmarłej

nazwisko osoby zmarłej

data i miejsce zgonu

nie nastąpił na skutek żadnej z poniższych chorób zakaźnych :

1. cholera,
2. dur wysypkowy i inne riketsjozy,
3. dżuma,
4. gorączka powrotna,
5. nagminne porażenie dziecięce,
6. nosacizna,
7. trąd,
8. węglik,
9. wścieklizna,
10. żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne
11. COVID-19

.....
(własnoręczny podpis)

Dowód osobisty Nr

wydany przez

dnia