

.....

Imię i nazwisko

.....

Miejscowość, dzień

.....

Nazwa ulicy

.....

Kod pocztowy, miejscowość

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych z dnia 31 stycznia 1959 roku / tekst jednolity Dz. U. Nr 23, poz. 295 z późn. Zm. /,

Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok/ szczątków Ludzkich mojej/go *(stopień pokrewieństwa)*

zm*(imię i nazwisko osoby zmarłej)*

s.*(imiona rodziców zm.)*

zd.....*(nazwisko rodowe zm.)*

ur. w dniu*(data urodzenia zm.)*

w miejscowości*(miejsce urodzenia zm.)*

zmarłego w dniu*(data zgonu zm.)*

w miejscowości*(miejsce zgonu zm.)*

Zmarły zostanie pochowany na cmentarzu

w miejscowości

Przyczyną zgonu w myśl art. 9 ust. 3a ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, nie była choroba zakaźna.

Zobowiązuję się do dokonania wszelkich uzgodnień związanych z pogrzebem z administratorem cmentarza.

.....

Czytelny podpis