

Sieradz, dnia

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres, telefon)

.....

(stopień pokrewieństwa)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zgon

(nazwisko i imię zmarłego)

nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art.9 ust.3a ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2000 roku Nr 23, poz.295 z późn. zm..) tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 roku 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)