OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany(a)

zamieszkały(a)

legitymujący(a) się dowodem osobistym serii Nr

wydanym przez

działając jako uprawniony(a) do pochowania: zwłok\*, urny z prochami\*

(imię i nazwisko zmarłego)

zmarłego dnia w

oświadczam, że zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej, o której mowa w art. 14 ust. 4 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

(miejscowość, data)

(podpis)

\* - właściwe zaznaczyć