

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer i seria dokumentu tożsamości)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok/szczątków w myśl art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U z 2015 poz. 2126).

Oświadczam, iż zgon

Pani/Pana

.....
(imię i nazwisko osoby zmarłej)

zmarłej/zmarłego w dniu

W

(miejscowość, kraj)

nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej, o której mowa w art. 14 ust. 4 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U z 2015 poz. 2126). Na podstawie art. 75 § 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz.U. z 2016 poz. 23) składam powyższe oświadczenie pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

.....
(czytelny podpis)