

* niepotrzebne skreślić

....., dnia r.

.....
nazwisko, imiona/nazwa podmiotu

.....
adres

.....

OŚWIADCZENIA

Niniejszym oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do
sprowadzenia zwłok mojego/mojej*,
zmarłej dniai pochowania na
cmentarzu

Oświadczam, że pokryję koszty związane z transportem
z do Polski oraz pochówkiem
w zwłok/szczątków* mojego/mojej*

.....
stopień pokrewieństwa/imię i nazwisko

Oświadczam, że zgon
nastąpił/ nie nastąpił* na skutek choroby zakaźnej wymienionej
w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy z dnia 31
stycznia 1959 r. o cmentarzu i chowaniu zmarłych**.

.....
podpis

* niepotrzebne skreślić

** § 1 p. 1-10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych,
w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te
choroby (cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce,
nosaczna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne).