Golub-Dobrzyń, dnia...............................

................................................

# / imię i nazwisko /

.................................................

/adres zamieszkania/

..................................................

/stopień pokrewieństwa ze zmarłym/

....................................................................

seria i nr dokumentu tożsamości

## O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że zgon ..................................................................................................................

/ nazwisko i imię (imiona) zmarłego /

nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3 a ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576), tj. rozporządzeniu 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 (Dz. U. Nr 152, poz. 1742).

.........................................................

/podpis składającego oświadczenie/