

Ostrowiec Świętokrzyski dnia.....

.....
(imię i nazwisko osoby uprawnionej)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że w myśl art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tj. Dz. U. z 2025 r. poz. 1590), jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok/ prochów* zmarłej/ ego:

..... ,
(imię i nazwisko osoby zmarłej)

który(a) jest
(stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej)

Zwłoki / prochy * zostaną pochowane na cmentarzu

W

2. Oświadczam, że **zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej** wymienionej w 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. z 2001 r. Nr 152, poz. 1742)
3. Oświadczam, że jestem świadomy/a kosztów związanych ze sprowadzeniem zwłok/urny z prochami* do kraju. Przedmiotowe koszty zostaną pokryte ze środków.....

.....

.....

(podpis osoby uprawnionej)

* niepotrzebne skreślić