…..……………………….

/miejsce i data/

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich **zgon**

………………………………………………………………………………………..…

 /nazwisko, imię lub imiona osoby zmarłej/

……………………………………………………………………………………..……

 /nazwisko rodowe osoby zmarłej/

urodzonego/ej w dniu ………………………. w …………………………..………..

 /nazwa miejscowości/

zmarłego/ej w dniu ……………….. w ………………………………………………

 /nazwa miejscowości/

nastąpił/nie nastąpił**[[1]](#footnote-1)** na skutek choroby zakaźnej.

 …………………….……..….

 /podpis/

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)