……………………………………..

/miejsce i data/

………………………………………..

/nazwisko i imię osoby składającej oświadczenie/

………………………………………..

/adres/

………………………………………..

/telefon/

………………………………………..

/stopień pokrewieństwa dla osoby zmarłej/

………………………………………..

/seria i numer dokumentu tożsamości/

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Na podstawie art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r.   
oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok / szczątków śp. ……………..................................................................................................... zmarłej/ego dnia ..................................... w ................................................

**.........................................................**

/podpis/