

.....
(imiona i nazwisko osoby uprawnionej)

Międzyrzecz, dnia

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym oświadczam, że zgon Pana/ Pani*
nastąpił/ nie nastąpił* na skutek choroby zakaźnej wymienionej w przepisach
wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy z dnia 31 stycznia 1959r.
o cmentarzach i chowaniu zmarłych tekst jednolity - Dz. U. 2019, poz. 1473,
a mianowicie na:

1. cholere,
2. dur wysypkowy i inne riketsjozy,
3. dżumę,
4. gorączkę powrotną,
5. nagminne porażenie dziecięce,
6. nosaciznę,
7. trąd,
8. węglik,
9. wściekliznę,
10. żółtą gorączkę i inne wirusowe gorączki krwotoczne.

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić