|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskodawca:**  ................................................  /imię i nazwisko/  ................................................  /adres/  .................................................  /telefon/  .................................................  /stopień pokrewieństwa/ | Tarnowskie Góry, dnia ...................... |

**OŚWIADCZENIE**

Jako osoba uprawniona do pochowania zwłok/szczątków ludzkich ś.p.................................................................... zmarłej/ego, dnia..................................

w miejscowości............................................................................oświadczam, że zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej, o której mowa w art. 14 ust. 4 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz. 912)

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

podpis składającego oświadczenie