

Włodawa, dnia

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
adres zamieszkania wnioskodawcy

.....
nr telefonu wnioskodawcy

Oświadczenie wnioskodawcy

Niniejszym oświadczam, że :

Zgon Pana / Pani.....

Ostatnio zamieszkałego

nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej, wymienionej w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 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. Nr 152, poz. 1742*)

.....
podpis wnioskodawcy