

Wąbrzeźno, dnia.....

.....
/imię i nazwisko wnioskodawcy/

.....
/adres zamieszkania wnioskodawcy/

.....
/numer telefonu wnioskodawcy/

O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym oświadczam, że:

zgon Pana/i
ostatnio zamieszkałego.....
nie nastąpiła na skutek choroby zakaźnej, wymienionej w rozporządzeniu
Ministra Zdrowia z dnia 6 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. z 2001 r.
Nr 152, poz. 1742).

.....
/podpis wnioskodawcy/