

.....  
Miejsce i data

.....  
.....  
.....  
Nazwa Urzędu

Niniejszy wniosek składamy w imieniu osoby uprawnionej do organizacji pogrzebu  
Pana/Pani: .....

DANE OSOBY ZMARŁEJ:

Nazwisko: .....

Imię: .....

Nazwisko rodowe: .....

Imiona rodziców: .....

Imiona dzieci: .....

data i miejsce urodzenia: .....

ostatnie miejsce zamieszkania: .....

Data i miejsce zgonu: .....

Miejsce z którego zostaną przewiezione prochy .....

Miejsce pochówku prochów .....

Środek transportu prochów: Samolot/Auto, karawan: .....

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż zgon nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 06.12.2001 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

Z poważaniem,

.....  
Podpis osoby uprawnionej