

.....  
(imię i nazwisko osoby uprawnionej)

Choszczno, dnia.....

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(telefon kontaktowy)

## O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1947.) jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok/szczątków\* zmarłego/ej\* .....

(imię i nazwisko osoby zmarłej)

Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej - .....

Zmarły zamieszkały.....w miejscowości.....

w dniu.....zostanie pochowany na cmentarzu parafialnym/komunalnym w miejscowości.....

Przyczyną zgonu w myśl art. 14 ust. 4 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych nie była choroba zakaźna.

Jednocześnie oświadczam, że upoważnił-am/em firmę

.....  
do wystąpienia w moim imieniu o wydanie zezwolenia na sprowadzenie trumny ze zwłokami /urny z prochami/ mojego (*stopień pokrewieństwa ze zmarłym*).....z..... do Polski.

.....  
(podpis)

\* *niepotrzebne skreślić*