

Tomaszów Maz.,

Imię i nazwisko wnioskodawcy:

Adres zamieszkania:

.....

Seria i nr dokumentu tożsamości

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zgon, nie nastąpił na skutek choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3 a ustawy z dnia 31.01.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tj. Dz. U. z 2025 r., poz.1590).

.....

Czytelny podpis