..................................................... Słubice, dnia .................... (imię i nazwisko osoby uprawnionej)

.................................................

(adres zamieszkania)

.................................................

(telefon kontaktowy)

## O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym oświadczam, że zgon Pana/ Pani\* ............................................ nastąpił/ nie nastąpił\* na skutek choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (tekst jednolity - Dz. U. z 2011 r. Nr 118, poz. 687 z późn. zm.), a mianowicie na:

1. cholerę,
2. dur wysypkowy i inne riketsjozy,
3. dżumę,
4. gorączkę powrotną,
5. nagminne porażenie dziecięce,
6. nosaciznę,
7. trąd,
8. wąglik,
9. wściekliznę,
10. żółtą gorączkę i inne wirusowe gorączki krwotoczne.

.............................................

(podpis)

\* niepotrzebne skreślić