|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| .............................................................. |  | ............................................................. |
| *Imię i nazwisko* |  | *Miejscowość , data* |
| .............................................................. |  |  |
| *Adres zamieszkania* |  |  |
| *..............................................................* |  |  |
| *Seria i nr dokumentu* |  |  |

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zgodnie z art. 10 ust. 1 Ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku   
o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. 2020.1947.) jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok/ szczątków ludzkich mojego/mojej :  
*( stopień pokrewieństwa)* ………………………………………………………………………..

*(imię i nazwisko osoby zmarłej)* ………………………………………………………………………………..  
*(miejsce zgonu zm.)* ……………………………………………………………………………………………

Zmarły/a zostanie pochowany/a na cmentarzu ………………………………………………  
w miejscowości ………………………………………………………………………….  
Przyczyną zgonu w myśl art. 9 ust. 3a ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, nie była choroba zakaźna.

Zobowiązuję się do dokonania wszelkich uzgodnień związanych z pogrzebem   
z administratorem cmentarza

………………………………

(podpis)

Zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych   
(Dz. U. 2020.1947) prawo pochowania zwłok ludzkich ma najbliższa pozostała rodzina osoby zmarłej, a mianowicie: 1) pozostały małżonek(ka) 2) krewni zstępni, 3) krewni wstępni, 4) krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, 5) powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.