

.....
miejscowość, data

.....
Imię lub imiona, nazwisko

.....
Adres

**Państwowy Powiatowy
Inspektor Sanitarny w Świdwinie**

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a, jako uprawniony/a do złożenia wniosku o ekshumację zwłok/ szczątków oświadczam, że zgon(imię lub imiona, nazwisko zmarłego/ej) nastąpił / nie nastąpił * na skutek choroby zakaźnej wymienionej w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 roku w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz. U. z 2001r. nr 152 poz.1742).

.....
podpis wnioskodawcy / pełnomocnika

* niepotrzebne skreślić