Pleszew, dnia………………………………………..

|  |
| --- |
| …………………………………………………………………..  (imię i nazwisko) |
| …………………………………………………………………..  …………………………………………………………………..  (adres) |
| …………………………………………………………………..  (seria i nr dokumentu tożsamości) |
| …………………………………………………………………..  (telefon kontaktowy) |
| …………………………………………………………………  (stopień pokrewieństwa do osoby zmarłej) |

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**Oświadczam, że zgon** …………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko zmarłego)

**nastąpił / nie nastąpił\*:**

**na skutek choroby zakaźnej** wymienionej w przepisach wydanych   
na podstawie art. 9 ust. 3a ustawy z dnia 31 stycznia 1959 roku o cmentarzach   
i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1473 ze zm.) tj. rozporządzenia 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. Nr 152, poz. 1742).

**nastąpił / nie nastąpił\*:**

**na skutek choroby zakaźnej wywołanej wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19)**, o której mowa   
w art. 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych   
z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020 r., poz. 374 ze zm.), w przypadku której stwierdzenie zgonu wymaga zastosowania przepisów § 5a rozporządzenia Ministra Zdrowia   
z dnia 7 grudnia 2001 roku w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. z 2001 r., Nr 153 poz. 1783 ze zm.).

…………………………………………………………..

(podpis składającego oświadczenie)

\*niepotrzebne skreślić