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 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, 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 składającego oświadczenie)

\*niepotrzebne skreślić