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

 (miejscowość, data)

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

 imię i nazwisko

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

 / adres /

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

 nr dowodu osobistego – organ wydający

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

 nr pesel

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że w myśl art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r.
*o cmentarzach i chowaniu zmarłych* (tekst jednolity Dz. U. z 2017r., poz. 912 ze zm.), jestem osobą upoważnioną do pochowania zwłok

............................................................................................. zmarłej dnia…………………

 imię i nazwisko

……………………………………………..…………. który(a) jest...................................... .

 miejscowość – kraj stopień pokrewieństwa

 Zwłoki/ spopielone zwłoki zostaną pochowane na cmentarzu

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

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

 podpis osoby uprawnionej