

**WNIOSEK
O DOKONANIE ODPRAWY SANITARNEJ**

Niniejszy wniosek składamy w imieniu osoby uprawnionej do organizacji pogrzebu
zmarłej/zmarłego Pani/Pana:

DANE OSOBY ZMARŁEJ:

nazwisko:

imię:

nazwisko rodowe:

imiona rodziców:

stan cywilny:

imię i nazwisko małżonka:

imiona i nazwiska dzieci:

.....

data i miejsce urodzenia:

ostatnie miejsce zamieszkania:

DATA I MIEJSCE ZGONU:

MIEJSCE POCHÓWKU:

ŚRODEK TRANSPORTU ZWŁOK / PROCHÓW:

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż zgon nie nastąpił na skutek żadnej choroby zakaźnej wymienionej w przepisach wydanych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 06.12.2001 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 z późniejszymi zmianami.

.....
Imię nazwisko i nr dow. osobistego
członka rodziny

.....
Podpis członka rodziny
uprawnionego do organizacji pogrzebu