Radom, dnia ……. r.

…….
(imię i nazwisko)

……

……

……...…….……
(adres)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, że przyczyną zgonu……
……...
nie była żadna choroba zakaźna wskazana w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz.U. z 2001 r. Nr 152 poz.1742)

……
(podpis)

Wykaz chorób zakaźnych wskazanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2001 r. w sprawie wykazu chorób zakaźnych, w przypadku których stwierdzenie zgonu wymaga szczególnego postępowania ze zwłokami osób zmarłych na te choroby (Dz.U. z 2001 r. Nr 152 poz.1742): cholera, dur wysypkowy i inne riketsjozy, dżuma, gorączka powrotna, nagminne porażenie dziecięce, nosacizna, trąd, wąglik, wścieklizna, żółta gorączka i inne wirusowe gorączki krwotoczne.