……………, dnia ……. ……………… ………. r.

**Dane osoby uprawnionej**

Imię/imiona i nazwisko:

………………………………………...

………………………………………...

Adres zamieszkania:

………………………………………...

………………………………………...

Nr dowodu osobistego:

………………………………………...

**OŚWIADCZENIE**

**osoby o uprawnieniu do pochowania zwłok
albo szczątków ludzkich**

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r.
o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 576 ze zm.) jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok/szczątków\* zmarłego/ej

………………………………........................

 *(imię i nazwisko osoby zmarłej)*

Stopień pokrewieństwa w stosunku do osoby zmarłej - ……………………………………

 …………………………….......

 *(podpis)*

\* niepotrzebne skreślić