

....., dnia ..... r.

**Dane osoby uprawnionej**

Imię/imiona i nazwisko:

.....  
.....

Adres zamieszkania:

.....  
.....

**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 jestem osobą uprawnioną do pochowania zwłok/szczałków\* zmarłego/ej

.....

*(imię i nazwisko osoby zmarłej)*

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

.....

*(podpis)*

\* niepotrzebne skreślić